

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

OREILLE MOYENNE NORMALE ET MICROBES

Par le Dr **M. LANNOIS**

Professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

Au cours de recherches sur la bactériologie de l'otite moyenne catarrhale avec épanchement, j'ai été amené à étudier quel était le régime microbien de l'oreille normale. Pratiquement il est presque impossible d'expérimenter sur l'homme vivant et on ne peut guère songer non plus, pour faire cette étude, à utiliser l'oreille moyenne des cadavres en raison de la diffusion et de la pullulation rapide des microorganismes après la mort.

Mes recherches ont donc porté sur des animaux, soit sur des lapins tués par section bulbaire, soit sur des chiens que M. le professeur Lépine avait sacrifiés par hémorrhagie quelques instants auparavant. Après avoir enlevé le cerveau et fait sauter le toit de la caisse, on grattait la muqueuse de l'oreille moyenne à plusieurs reprises avec le fil de platine et on ensemait des tubes de bouillon ordinaire ou de bouillon à la somatose suivant le procédé indiqué récemment par M. Gerest. Les ensemencements ont été également faits avec des osselets (enclume) arrachés de la caisse.

Avec les deux premiers chiens, j'ai ensemencé trois tubes qui se montrèrent tous les trois fertiles, mais, en raison du nombre des saprophytes contenus, il s'agissait évidemment de contamination secondaire due à un manuel opératoire imparfait. En prenant plus de précautions, six autres tubes de bouillon, ensemencés avec la muqueuse tympanique de deux autres chiens, ne donnèrent aucune apparence de cultures.

Il est plus facile de faire des recherches sur le lapin, surtout

en se servant d'animaux jeunes dont les os sont faciles à couper avec de forts ciseaux. Onze tubes de bouillon, ensemencés avec la muqueuse ou avec des osselets, restèrent absolument stériles.

Il résulte de ces expériences que l'oreille moyenne chez les animaux ne contient pas de microbes. Par analogie, il doit en être de même chez l'homme. L'oreille moyenne se comporte donc comme une cavité close, c'est-à-dire une cavité aseptique. Il y a là un rapprochement intéressant à faire entre l'oreille moyenne et les glandes annexes du tube digestif. On sait en effet que les voies biliaires, les conduits excréteurs des glandes, comme la parotide ou le pancréas, bien que débouchant dans un milieu très riche en microbes ne contiennent eux-mêmes de micro-organismes que dans une très faible étendue. Les glandes elles-mêmes sont normalement aseptiques. De même, la trompe d'Eustache débouche dans la cavité naso-pharyngienne ou l'opinion générale admet qu'il existe de nombreux microorganismes, et cependant la cavité tympanique est aseptique comme la parotide, le pancréas, ou le foie.

Quelles sont les raisons de cette asepsie ?

La première est que la plupart des microorganismes de l'air inspiré sont arrêtés dans les premières parties de la cavité nasale. L'entrée du nez est riche en microbes de toutes espèces, pathogènes ou non, et chacun a encore présentes à l'esprit les intéressantes recherches de Straus qui mit en évidence la fréquence du bacille de la tuberculose chez les personnes qui séjournent plus ou moins dans les services d'hôpital. Mais si on examine la muqueuse nasale dans ses parties profondes on est étonné du nombre considérable de cas où on la trouve aseptique. D'après Saint-Clair Thomson (V<sup>e</sup> Congrès intern. d'otol., Florence, 1893), sur 84 % des sujets sains examinés, la muqueuse nasale est aseptique ; lorsque les microorganismes sont présents, il sont toujours en petit nombre. On conçoit donc que dans ces conditions l'air qui pénètre dans la caisse par le conduit irrégulier que constitue la trompe d'Eustache soit à peu près complètement dépouillé de ses microorganismes. Il est possible cependant que quelques microbes puissent arriver jusqu'au tympan et il est fort possible que si nous avions

multiplié nos expériences, nous aurions fini par obtenir des cultures de microbes plus ou moins atténués.

Mais les microorganismes ne sont pas seulement arrêtés par la muqueuse nasale, ils y sont détruits. Wurtz et Lermoyez ont mis clairement en évidence le pouvoir bactéricide du mucus nasal et Saint-Clair Thomson n'a pu retrouver trace au bout d'une heure de cultures de bacillus prodigiosus qu'il avait déposées sur la muqueuse. Si la muqueuse nasale détruit ainsi les microbes, ne peut-on penser par analogie que la muqueuse tympanique, qui a avec elle des rapports anatomiques et embryogéniques si étroits, jouit des mêmes propriétés bactéricides? Il n'y a pas là d'ailleurs qu'une supposition : des recherches que j'exposerai ultérieurement sur l'évolution de l'épanchement dans l'otite moyenne catarrhale ; les opérations pratiquées sur la caisse du tympan, enfin la pratique courante du cathétérisme, prouvent avec évidence que la muqueuse de la caisse détruit les microorganismes qui peuvent y pénétrer.

Telles sont les deux raisons qui me paraissent expliquer l'asepsie normale de la caisse du tympan.

---

## FORME AIGUE DE RHINO-LARYNGO-BRONCHITE PSEUDO-MEMBRANEUSE PRIMITIVE

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE, AUTOPSIE

Par le Dr **J. GLOVER**, ancien interne de la clinique laryngologique  
de l'hôpital Lariboisière.

Cette affection est encore incomplètement étudiée.

Sa rareté relative ne permet d'en rencontrer que peu d'observations. Aussi, bien que certains de ses caractères cliniques soient connus, il reste à élucider des points importants de la pathogénie et de l'anatomie pathologique de cette maladie.

Parmi les types morbides dont on peut rapprocher l'observation de notre malade, nous trouvons deux variétés de bronchite pseudo-membraneuse aiguë : la *bronchite pseudo-membraneuse diphthérique* <sup>(1)</sup>, les *bronchites fibrineuses et purulentes dues au pneumocoque* <sup>(2)</sup>.

Ce sont là des formes aiguës à paroxysmes et procédant d'une infection nettement caractérisée : la diphthérie d'une part, l'infection pneumococcique d'autre part.

Au contraire, la variété de rhino-laryngo-bronchite dont nous enregistrons aujourd'hui l'observation, est *essentielle*,

<sup>(1)</sup> MILLARD. — Du croup, *Thèse*, Paris, 1858.

PETER. — Bronchite pseudo-membraneuse dans le croup. *Gaz. hebdom.*, 1863, p. 498.

D'ESPINE et PICOT. — Maladies de l'Enfance, 4<sup>e</sup> édition, 1889.

SANNÉ. — *Traité de la diphthérie*, Paris, 1877.

ARCHAMBAULT. — Article croup, in *Dict. encyclopédique des sciences médicales*.

<sup>(2)</sup> JACCOUD. — Clinique de la Piété, T. II.

DUFLOQ et MÉNÉTRIÉR. — Bronchite capillaire à pneumocoques chez les phthisiques; *Arch. gén. de méd.* 1890, juin et juillet.

ORTHMANN. — *Arch. f. path. Anat. und Physiol.*, Avril 1890.

BOULAY. — Des affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche. *Thèse*, Paris, 1891.



*primitive* ; car, bien que présentant une évolution aiguë, des processus aigus, les manifestations morbides ne dérivèrent ici d'aucune infection antérieure bien définie.

A ce titre particulier, de toutes les observations que nous avons pu relever, l'une d'entre elles, recueillie sur un plus jeune sujet, est directement comparable à la nôtre.

H. Dufour <sup>(1)</sup> a présenté à la Société Anatomique, l'observation d'un croup pseudo-membraneux sans bacilles de Lœffler, avec envahissement rapide des premières voies aériennes laryngées et trachéales par la fausse membrane.

D'autres faits, ceux de Model <sup>(2)</sup> et de Caussade <sup>(3)</sup> sont plus disparates et ne présentent pas une analogie aussi complète avec l'histoire de notre malade.

Enfin, à côté de ces formes aiguës, il existe une bronchite pseudo-membraneuse chronique, qui a été nettement isolée par P. L. Championnière <sup>(4)</sup>. Cet auteur en a fait une description remarquable dans une thèse importante.

(1) DUFOUR. — Un cas de laryngite, trachéite, bronchite, pseudo-membraneuse chez une femme de 25 ans. Guérison. *Bulletin de la Soc. anat.*, févr. 1894, p. 183.

(2) LEHMANN MODEL. — Über bronchitis fibrinosa. Inaugural Dissertation, Fribourg, 1890. — Model, dans ce travail, signale chez des sujets de 22 à 30 ans des cas de bronchites fibrineuses à évolution aiguë, et s'accompagnant de coryza avec herpès labial.

(3) CAUSSADE. — Bronchite pseudo-membraneuse. Expectations blanches, lactescentes, très abondantes, contenant des membranes de structure fibrineuse, moulées sur les ramifications bronchiques de deuxième et troisième ordre et les ramifications lobulaires. Examen microscopique et clinique. In *Bulletin de la Soc. anat.*, mai 1889, p. 371. — Caussade note ici une bronchite pseudo-membraneuse dans laquelle il s'agissait d'une forme essentiellement chronique de la maladie nettement localisée aux bronches. Il y avait eu plusieurs manifestations. Les autres faits n'ont trait qu'à la bronchite et à la broncho-alvéolite fibrineuse, hémorrhagique. Ils se trouvent assez répandus dans la littérature médicale :

JACCOUD. — *Loc. cit.*

REGARD. — *Thèse de Berne*, 1887.

LETELLIER. — Broncho-alvéolite fibrineuse hémorrhagique. *Thèse de Bordeaux*, 1887.

ROQUE. — Un cas de bronchite pseudo-membraneuse, *Province médicale*, 1890, sept.

L. PICCHINI. — *Arch. ital. di clin. med.*, avril 1889.

(4) PAUL-LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — De la bronchite pseudo-membraneuse chronique. *Thèse de Paris*, 1876, p. 53.

Nous serions presque tentés de classer notre observation parmi celles recueillies sous le titre de bronchite pseudo-membraneuse chronique. Malgré l'évolution aiguë de la maladie, nous tendrions en effet à présenter plutôt ce document sous la forme d'une poussée aiguë terminale d'origine infectieuse méconnue, de bronchite pseudo-membraneuse chronique.

Tant il est vrai, que si l'affection décrite par Championnière offre des caractères cliniques qui l'individualisent nettement, elle n'est peut-être pas absolument si différente des bronchites fibrineuses aiguës à paroxysmes, telles que la bronchite pseudo-membraneuse relevant de la diphthérie, ou la bronchite fibrineuse dérivant de l'infection à pneumocoques.

Enfin, ce sont surtout les bronchites à pseudo-membranes, que nous voyons décrites dans les traités, plutôt que les laryngo-bronchites. Et les localisations morbides aux premières voies respiratoires et digestives dans le cas que nous avons observé, ne nous font pas hésiter à rapprocher notre observation de rhino-laryngo-bronchite pseudo-membraneuse, des cas de simples bronchites pseudo-membraneuses généralement observés.

Nous sommes convaincus que les pseudo-membranes des fosses nasales, du rhino-pharynx, du pharynx et du larynx, existent bien souvent en même temps que la pseudo-membrane trachéo-bronchique.

Nous sommes persuadés que ces diverses modalités de la topographie pathologique de ces lésions variées, ne correspondent qu'à autant d'aspects anatomiques différents d'une même affection.

Voici l'observation :

*Rhino laryngo-bronchite pseudo-membraneuse, primitive, aiguë à staphylocoques, chez une femme de 67 ans ; mort rapide avec des accidents hypertoxyques.*

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à 68 ans, rhumatisme chronique. Mère morte à 62 ans ; diabète. Un frère asthmatique ?

*Antécédents personnels.* — Bonne santé habituelle. Arthritisme, peau sèche, luisante, ongles des orteils déformés, saillie anguleuse de l'articulation métatarso-phalangienne du pouce ; pas de

hernie, ni d'hémorroïde; varices superficielles des jambes, craquements articulaires. La malade tousse chaque printemps, où elle paraît atteinte de poussée subaiguë légère de bronchite chronique.

Pendant ces périodes de bronchites la malade expectoré très peu; sa respiration est facile; elle vaque du reste à ses occupations habituelles.

Le 13 février 1896 la malade est prise de fièvre peu intense avec petits frissons, perte d'appétit, manque d'entrain, courbatures et le lendemain elle est atteinte d'un coryza qui s'accompagne bientôt de bronchite. La description que fait la malade de ce début de son affection paraît répondre assez bien à un embarras gastrique s'accompagnant de bronchite ou peut-être à une grippe à forme bronchique.

Quoiqu'il en ait été, le 14 et les jours suivants, la malade est obligée de s'aliter. La température du soir s'élève régulièrement, sans toutefois être très considérable. La toux persiste de plus en plus intense et des expectorations très liquides et assez abondantes sont rejetées; elles sont blanchâtres et très mousseuses selon l'expression de la malade.

Le 17 février, il se produit dans la matinée de l'enrouement qui va se prononçant jusqu'au soir, où la dysphonie du matin est remplacée par une aphonie complète. La fièvre existe toujours et d'une façon plus marquée; la respiration est pénible sans être toutefois entravée par des crises de suffocations. On ne constate, à l'examen de la gorge, la présence d'aucun exsudat. La respiration nasale est fort gênée et il existe un enchiiffrement prononcé.

Le 18 février, la malade est conduite à l'hôpital Lariboisière sur les conseils du médecin traitant. Elle entre dans le service du Dr Gouguenheim dans le pavillon d'isolement (pavillon Davaine) au lit N° 7.

*État actuel, 18 février.* — La malade paraît fort surexcitée de la gêne croissante de la respiration.

*Examen laryngoscopique.* — Le vestibule laryngien est encombré de mucosités spumeuses. A certains moments, la cavité laryngienne, débarrassée de ces mucosités, apparaît tapissée d'exsudats épais, disséminés en pointillés et en larges plaques sur la face laryngienne de l'épiglotte, sur les bandes ventriculaires et sur les deux cordes vocales. De telle sorte, en résumé, que l'isthme laryngien présente l'aspect d'un infundibulum de couleur grisâtre, dont la surface très irrégulière et tomenteuse

est formée par la couche couenneuse de la pseudo-membrane. L'existence de ces exsudats est absolument évidente.

Le bord de l'épiglotte offre une coloration rouge, rutilante ; il est libre de tout exsudat.

Sur la base de la langue en arrière, et sur les côtés de l'amygdale linguale, il existe des ilots d'exsudats faciles à décoller ; la muqueuse sous-jacente saigne au niveau de chaque décollement. L'aspect du pharynx buccal est absolument particulier, et au premier abord, il semblerait à l'examen que l'exsudat très étendu qu'on y rencontre répond à une diphthérie non douteuse.

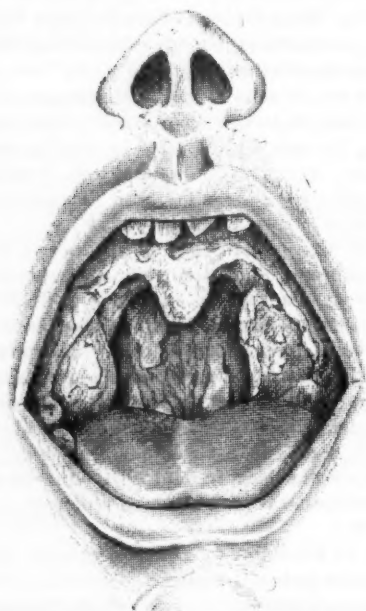


Fig. 1. — Aspect du pharynx buccal.

La luette est complètement encapuchonnée par une pellicule légère d'un blanc grisâtre, translucide aux points les plus amincis ; elle est recouverte aussi bien en avant qu'en arrière. Une grande partie du voile palatin ainsi que les piliers antérieurs sur presque toute leur hauteur, sont dissimulés sous une couche

légère de ce même exsudat. Enfin sur les amygdales, il se présente sous forme d'ilots à bords déchiquetés et de gouttelettes disséminées sur toute leur surface. De longues trainées pseudo-membraneuses accolées à la partie inférieure de la paroi postérieure du pharynx, pendent, se dirigeant vers le pharynx laryngien. Sur toutes ces muqueuses, l'exsudat est adhérent, il ne s'en sépare qu'en laissant le tissu sous-jacent saignant et ulcéré.

Au pourtour des larges plaques membraneuses, telles que celles qui tapissent le voile palatin, la muqueuse est tuméfiée et légèrement rouge.

Les examens rhinoscopiques antérieur et postérieur n'ont pas donné de résultat appréciable. Des lamelles de l'exsudat des amygdales colorées au violet de gentiane et au Gram ne donne que des staphylocoques ; ce même exsudat est ensemencé sur sérum et gélose.

A l'exploration de l'appareil respiratoire, on observe ce qui suit : très léger tirage au niveau de la fossette sus-sternale, battement des ailes du nez ; la respiration est laborieuse et le jeu des muscles thoraciques respiratoires se produit avec activité. Il existe au niveau de la région épigastrique une très faible dépression correspondante au début de l'inspiration. Le cornage laryngien est inspiratoire, il répond à une partie de la durée de l'inspiration ; l'expiration se fait presque sans bruit. La sténose glottique est évidente et nous lui supposons deux raisons indéniables ; tout d'abord, l'obstruction mécanique de l'isthme glottique par les membranes et ensuite la paralysie des dilateurs.

*Examen thoracique.* — La palpation n'indique rien de particulier.

A la percussion du thorax, il existe seulement en arrière et aux deux bases un peu de submatité ; la sonorité est normale, même peut-être exagérée, dans tout le reste de la poitrine.

L'auscultation est rendue difficile par le bruit de cornage ; on peut cependant apprécier une diminution du murmure vésiculaire dans les deux tiers inférieurs du poumon en arrière et à droite, et dans le tiers inférieur en arrière et à gauche. Les expectorations sont abondantes, muqueuses, liquides et spumeuses, elles ne contiennent aucun moule bronchique. Et la gêne respiratoire ne se trouve pas atténuée par l'émission répétée de ces abondantes expectorations.

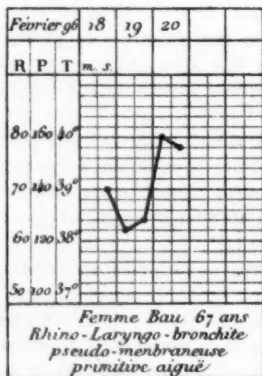
*Cœur* : les bruits sont nettement frappés, il n'existe aucun souffle, ni bruit pathologique.

Le pouls est rapide, mais plein et parfois fort sous le doigt ; la température est à 39 ce soir, la peau est moite ; les urines sont rares, légèrement albumineuses, leur densité est 1020, la réaction acide. La langue est saburrale, collante. Il existe de la constipation. Le foie à la percussion et à la palpation ne paraît pas déborder les fausses côtes ; la rate est volumineuse, la matité splénique s'étend surtout dans le sens transversal. Le palper de l'hypochondre gauche est légèrement douloureux.

*Traitement.* — Potion de Todd, lait, injections de caféine, ventouses sèches, ballon d'oxygène, sulfate de quinine.

19 février. — La température est tombée à 38°2. La respiration est ce matin plus facile, la voix est toujours éteinte et le tirage léger ; le cornage disparaît par instant. Le soir, la respiration devient plus difficile.

Après 25 heures, les cultures de l'exsudat ont poussé, donnant des staphylocoques purs et aucun autre élément.



20 février. — La température s'élève ce matin à 40°2. Le tirage est considérable et la voix ainsi que la toux est éteinte, celle-ci est à peine sifflante. L'embarras des voies respiratoires paraît extrême.

*Examen thoracique.* — Râles fins, plus nombreux aux deux bases, submatité évidente à la base gauche sur l'espace d'un travers de main. A droite, sur l'étendue des deux tiers au moins

de la hauteur du poumon, on perçoit très difficilement le murmure vésiculaire, tant à cause du bruit de cornage laryngien qu'en raison de la diminution très prononcée du bruit respiratoire.

Les exsudats pharyngiens et laryngiens n'ont pas changé d'aspect. Ils semblent s'être plutôt étendus en surface. Urines albumineuses, peu abondantes.

*Traitement.* Malgré la difficulté persistante et croissante de la respiration, on éloigne toute idée d'intervenir par la trachéotomie, surtout en présence de la multiplicité des obstacles à la respiration qui ne semblent pas siéger seulement au larynx mais encore dans le poumon.

Bien que l'examen bactériologique répété soigneusement aujourd'hui n'ait encore fourni sur les lamelles et en culture que du staphylocoque, on convient de pratiquer une injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphthéritique ; cette injection est faite à midi. Quelques instants auparavant, nous avions pratiqué une dilatation brusque de la glotte avec la pince dilatrice dont nous faisons usage depuis cette année dans le service, sur certaines sténoses laryngiennes. Cette dilatation ne donne ici qu'une amélioration peu appréciable de la respiration. A quatre heures de l'après-midi la température semble s'élever, la malade est fortement agitée, anxieuse. La respiration est plus calme, selon toute évidence. Sueurs abondantes, diminution de la quantité d'urine, albumine. Le soir abaissement de la température qui tombe à 38°8. La malade s'endort et la respiration paraît calme.

**Mort à minuit.**

*Autopsie, 22 février.* — Nous recueillons la pièce entière correspondante aux voies respiratoires et digestives supérieures ainsi que leurs cavités et cellules osseuses annexes, d'après le procédé que nous employons habituellement et que nous allons exposer n'en ayant pas encore eu l'occasion.

Pour l'examen autopsial de ces régions spéciales, on pourra préparer de la façon suivante la pièce anatomique à étudier, tout en se soumettant strictement aux règlements prescrits sur les recherches cadavériques dans les amphithéâtres des hôpitaux.

La préparation de cette pièce porte sur trois régions :

1° La base du crâne.

2° La cavité bucco-pharyngienne et toute la région cervicale.

### 3° La région des médiastins.

1° *Du côté de la base du crâne*, la calotte crânienne et le cerveau une fois enlevés, nous posons sur un axe métallique, fixé solidement au niveau du bord antérieur du trou occipital, une large couronne de trépan de 10 centimètres de diamètre<sup>(1)</sup>. Nous sectionnons alors comme à l'emporte-pièce la portion correspondante aux étages supérieurs, moyens et à une partie de l'étage inférieur située en avant d'une ligne transversale, que l'on pourrait tracer, et qui passerait au devant du trou occipital.

2° *Du côté de la région cervicale*, nous faisons l'incision médiane et verticale des téguments à partir et au peu au-dessus de la pomme d'Adam. Nous ponctionnons alors avec le scalpel à travers la membrane thyro-hyoidenne et nous sectionnons les muscles sus-hyoïdiens. Puis prenant un couteau d'autopsie à lame un peu longue, nous introduisons ce couteau en haut vers la cavité buccale afin d'inciser au milieu et latéralement les insertions de ce plancher buccal, sur toute l'étendue de la face interne de l'os maxillaire inférieur.

Par l'ouverture faite ainsi au plancher de la bouche, nous introduisons l'extrémité des doigts de la main gauche, de manière à saisir la langue et le larynx sur lesquels on exerce des tractions, pour se bien rendre compte que tous ces organes sont mobilisés.

En isolant le conduit laryngo-trachéal, on comprendra dans la pièce les paquets vasculo-nerveux latéraux. Pour la carotide, on la conservera dans son intégrité au niveau de sa bifurcation, de façon à garder les ganglions laryngiens du territoire lymphatique sus-glottique.

3° *Régions des médiastins*. — Du côté du thorax, la portion antérieure de la cage thoracique a été ou est ouverte suivant les procédés ordinaires.

A gauche, il suffira pour mobiliser le plastron sterno-costal de désarticuler la clavicule ; mais à droite, nous conseillons de sectionner avec la pince coupante cet os, en son milieu, pour

(1) Nous avons fait construire par M. Mathieu, cet instrument, il y a quelques mois sur nos indications. Il nous rend fréquemment de très réels services dans les recherches anatomo-pathologiques sur ces régions. Son maniement est des plus faciles. Il peut être employé par tout élève chargé du soin de recueillir une pièce autopsiale intéressante. Nous ne saurions donc mieux faire que d'en signaler l'existence.



pouvoir enlever soigneusement le tronc brachio-céphalique, et surtout l'artère sous-clavière dans une importante portion de son trajet. Ainsi on ménagera l'anse sous-clavière du nerf récurrent droit et les groupes ganglionnaires qui peuvent l'entourer.

Enfin, on pratiquera la division de l'aorte, d'une part, à son origine cardiaque, d'autre part à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de sa portion thoracique.

L'anse sous-aortique du récurrent gauche et les ganglions avoisinants se trouveront ainsi conservés.

L'œsophage sera sectionné en bas à la même hauteur que l'aorte. Les bronches seront séparées des poumons. Le cœur a été mis de côté, lorsqu'on a coupé l'aorte.

La pièce une fois préparée suivant ces indications, il s'agit de l'extraire dans sa totalité en lui conservant toute l'intégrité de ses caractères d'ensemble et de ses rapports anatomiques.

Dans ce but, nous avons l'habitude de pratiquer cette extraction de bas en haut et de retirer la pièce en la faisant passer tout entière par la base du crâne.

Nous l'attirons donc en haut à l'aide de l'axe métallique qui nous avait servi de point d'appui pour le trépan, et nous amenons ainsi à l'extérieur, avec la portion osseuse, toutes les parties molles insérées à la face inférieure de la base du crâne, ainsi que celles de la région cervicale et des médiastins.

Il nous est possible ensuite de faire des coupes en tous sens au niveau des cellules osseuses de la région ethmoïdo-sphénoïdale ou de la région du rocher et de l'apophyse mastoïde. De même, il nous est facile d'explorer les cavités des sinus de la face, la région de la voûte des fosses nasales, le cavum rétro-nasal, les trompes d'Eustache, dont on a peu l'occasion de faire l'examen après la mort chez les malades hospitalisés et observés quotidiennement.

Toute l'importance de ce procédé nous paraît résider, surtout dans la possibilité de l'examen d'ensemble des lésions que l'on peut rencontrer dans toutes ces régions contiguës les unes aux autres ; et cette méthode nous a bien souvent servi, pour notre part, à étudier les influences réciproques des lésions partielles sur les régions avoisinantes,

Cela dit, revenons à l'examen autopsial de notre sujet.

L'exsudat et les pseudo-membranes ont à peu près conservé les caractères qu'ils présentaient sur le vivant.

La muqueuse pituitaire au niveau des parties latérales et supérieures de l'orifice postérieur des fosses nasales est recouverte

d'un exsudat épais, couenneux, adhérent à un tissu tuméfié, congestionné.



Fig. 2. — Base de la langue, amygdales, orifice du vestibule laryngien, vue postérieure de la cavité pharyngienne qui a été ouverte par sa face postérieure sur la ligne médiane. Aspect des lésions sur ces différentes régions.

Le cavum rétro-nasal est tapissé de ce même exsudat, surtout à droite aux environs de l'orifice de la trompe d'Eustache, sur la choane, sur la fossette de Rosenmüller. A gauche, il n'existe qu'une plaque exsudative, qui semble émerger de l'orifice de la trompe et descend sur le dos du voile du palais. La fausse-membrane présente les mêmes caractères qu'au niveau de la pituitaire. Sur le pharynx buccal, ainsi qu'on l'avait observé sur le vivant, l'exsudat enveloppe la luette, descend sur les piliers antérieurs du voile et se répand en gouttelettes et en petites plaques à la surface des amygdales.

Sur l'amygdale gauche, en outre, on peut noter, au niveau d'un prolongement pharyngien qu'elle présente, une large ulcération cratériforme de la dimension d'une pièce de 0,50 centimes (Voir *fig. 2*). La muqueuse du pourtour de cette ulcération est tuméfiée en bourrelets et le mucus, qui en recouvre le fond, est jaunâtre. On ne note pas en ce point d'exsudat comparable à celui observé ailleurs.

L'amygdale de ce côté est plus volumineuse que celle de droite.

La paroi postérieure du pharynx est recouverte de longues bandelettes couenneuses beaucoup plus épaisses que les exsudats signalés précédemment et en parties dissoutes à la surface par un mucus abondant.

Sur la base de la langue de petites taches blanc-rosé exsudatives sont disséminées particulièrement sur les gros follicules de l'amygdale linguale et sur le repli muqueux des fossettes glosso-épiglottiques.

L'épiglotte est d'un rouge vif au niveau de son bord qui est légèrement irrégulier et fort tuméfié. Sur la face laryngienne de l'épiglotte de très nombreuses petites plaques d'exsudat, séparées les unes des autres par une zone de muqueuse rougeâtre, sont répandues à profusion. En certains points même, la membrane exsudative a disparu laissant à nu la muqueuse superficiellement ulcérée.

La cavité laryngienne est complètement obstruée par une pseudo-membrane, qui en tapisse toute la paroi, depuis les bandes ventriculaires jusqu'à la région sous-glottique, où elle se continue avec la pseudo-membrane trachéale (Voir *fig. 3*).

Ces fosses membranes sont blanchâtres, disposées très nettement par feuillets concentriques ; elles se présentent sous forme de cylindres et ont une lumière centrale ; elles sont composées de mucus concret et d'albumine coagulée, elles sont muco-albumineuses et présentent les réactions histo-chimiques correspondantes.

Ces mêmes caractères macroscopiques existent à propos de la fausse membrane, qui occupe tout l'arbre trachéo-bronchique jusqu'aux troisièmes grosses divisions des bronches.

L'épaisseur de la membrane est en certains points de deux millimètres au moins. Les ganglions péri-trachéo-laryngiens sont hypertrophiés, mais non caséux.

A l'examen histologique des moules nous n'avons point trouvé de cristaux de Charcot-Leyden signalés dans les produits expectorés chez les malades atteints d'affection analogue.

A l'examen bactériologique, nous avons observé ce qui suit : Le liquide clair et légèrement sanguinolent provenant du sinus frontal, a fourni à l'examen direct avec coloration au violet de gentiane des staphylocoques en petites colonies peu nombreuses.

L'ensemencement sur sérum a fourni après 36 heures de culture du staphylocoque à l'état absolument pur. Le même résultat a été obtenu pour le liquide provenant des cellules ethmoïdales antérieures et postérieures, et pour celui des sinus maxillaires.

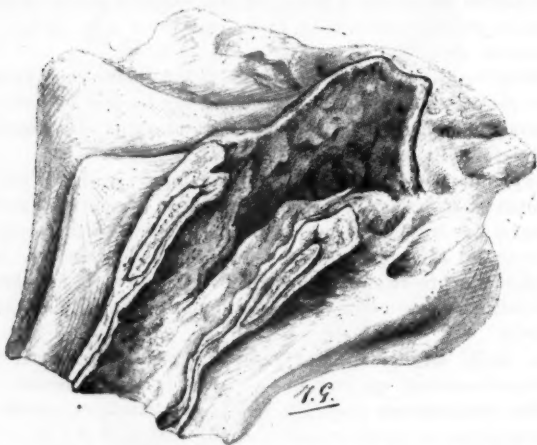


Fig. 3. — Cavité laryngienne et trachée ouvertes par leur face postérieure sur la ligne médiane. Aspect des lésions sur les différentes parties de ces deux conduits.

L'exsudat laryngien et celui du cavum ont donné à l'examen direct et aussi à la culture sur sérum, gélose et bouillon, du staphylocoque sans autres associations. Sur quelques préparations on notait des chainettes à six et huit éléments, mais surtout des agglomérations.

Nous n'avons point fait d'inoculation.

*Poumons.* — Emphysème marqué, congestion peu intense aux deux bases, pas d'hépatisation.

Des morceaux du tissu congestionné jetés dans l'eau, surnagent.

Nous recueillons à la pipette du liquide des petites bronches. L'examen direct et la culture de ce liquide sur sérum nous

donnent nettement du pneumocoque de Fraenkel encapsulé.

*Cœur.* — Pas d'endocardite, valvule mitrale saine. Le cœur est petit, le muscle cardiaque est contracté et légèrement décoloré. Pas de myocardite scléreuse. L'aorte, les artères coronaires, les artères cérébrales, les artères rénales ne sont pas athéromateuses. Nette absolue de la teinte de l'endartère dont la surface est très unie.

Le foie et la rate sont très volumineux ; cette dernière est congestionnée et difflue.

Les reins, sont gros, rouges, très congestionnés. Les deux substances ont leur proportions normales. La capsule se détache facilement. Rien de spécial aux autres viscères.

Nous avons malheureusement omis l'examen histologique et bactériologique du sang et du tissu splénique.

#### *Réflexions. — Discussion.*

Nous devons insister sur les quelques caractères particuliers de ce fait intéressant.

Au point de vue de l'étiologie de l'affection dans le cas qui nous occupe, nous croyons devoir reconnaître toute leur importance aux antécédents arthritiques de la malade.

Ces antécédents sont ici d'une double nature. Ils sont d'une part héréditaires. Le père était rhumatisant chronique ; la mère est morte d'accidents diabétiques.

D'autre part, ces antécédents arthritiques sont personnels : La malade prétend avoir été atteinte presque chaque année de poussées aiguës de bronchite sans rejet de mucus fibrineux et sans accès de suffocation.

Or, on a retrouvé fréquemment l'arthritisme et les affections pulmonaires dans les antécédents des malades atteints de bronchite pseudo-membraneuse.

La netteté des faits recueillis, à ce point de vue particulier dans cette observation, nous porterait donc à croire à une poussée aiguë grave, de bronchite pseudo-membraneuse chronique.

Un seul symptôme d'une grande importance a fait absolu-

ment défaut c'est le rejet de moules bronchiques, qui, selon toute apparence, ne semble pas non plus s'être produit dans les accès précédents.

De même, si la suffocation a été prononcée dans la dernière crise, la malade ou sa famille n'a pas noté d'accès de suffocation au moment des poussées aiguës annuelles et antérieures de bronchite se reproduisant l'hiver. En somme, autrefois comme aujourd'hui, la période de bronchite semble s'être présentée chaque fois bien manifestement dépourvue des caractères cliniques qui distinguent si nettement la bronchite pseudo-membraneuse à répétition.]

Toutefois, ces phénomènes ont pu exister chez la malade avec une intensité médiocre et ne se présenter avec une précision et une gravité spéciale qu'au moment de la poussée terminale que nous avons pu observer.

Au point de vue des caractères *cliniques* qu'a présentés la maladie, nous ferons remarquer son allure rapide, les accidents hypertoxiques qui se sont succédés et définitivement établis, durant l'espace de quatre jours à peine. Et nous établirons un parallèle entre cette évolution clinique et le peu de virulence d'ordinaire accordé au staphylocoque, seule espèce bactérienne que nous avons rencontrée dans ce cas particulier. L'examen bactériologique nous a, en effet, fourni des staphylocoques blancs, tant par les préparations répétées faites directement ou après culture sur sérum et gélose avec le produit des exsudats nasaux, pharyngiens et laryngiens que par l'examen bactériologique des expectorations <sup>(1)</sup>.

(1) Notre confrère et ami M. P. Claisse a communiqué tout récemment à la Société de Biologie l'étude bactériologique d'un cas de bronchite membraneuse chronique, dont l'évolution clinique, décrite par M. Huchard fut, du reste, très différente de celle que nous relatons. Ses recherches ayant montré la nature streptococcique de l'affection, l'auteur essaya la sérothérapie antistreptococcique. En deux mois, neuf flacons de sérum de Marmoreck furent injectés. Au bout de ce temps, la malade fut considérée comme guérie. Et la coïncidence de l'emploi de cette médication et de la guérison au moins momentanée de la malade venant à l'appui des résultats de l'analyse bactériologique, l'auteur conclut dans le cas de bronchite membraneuse chronique en question à une streptococcie chronique des voies respiratoires.

En présence de la discordance absolue qui existe entre ces deux ob-

L'infection essentielle, cause évidente de l'allure particulière de la maladie, nous a complètement échappée.

Doit-on attacher quelque importance à une grippe que la malade présenta quelques jours avant les accidents terminaux ?

Cette hypothèse peut-être soutenable, ne nous a pas toutefois permis d'éclaircir la genèse de l'infection, ainsi qu'il serait si intéressant de le faire dans le cas de ce genre.

Nous n'avons pas pratiqué l'examen bactériologique du sang et nous avons omis de faire l'examen histologique du tissu splénique, du rein, du cœur et du poumon.

Ces recherches nous auraient peut-être instruits sur la nature de l'infection terminale.

Enfin, au point de vue *anatomo-pathologique* nous insistons pour faire remarquer la localisation des lésions aux voies respiratoires et digestives supérieures.

Ce fait est, à part le cas de Dufour, assez rarement relaté dans les observations.

Les pseudo-membranes que nous avons recueillies chez notre malade ont été reconnues de nature muco-albumineuse à l'examen histo-chimique que l'on a pratiqué; mais nous doutons que ces caractères et la composition des exsudats que nous enregistrons néanmoins, permettent d'éclaircir encore la nature de cette maladie.

servations, celle de Claisse et la nôtre, au point de vue bactériologique et pour qu'il n'y ait aucun doute au sujet des résultats bactériologiques que nous relatons dans notre cas, nous répétons que l'analyse a été pratiquée avec grand soin, les cultures ont été répétées plusieurs fois sur différents milieux et les colorations faites à l'aide de réactifs variés. Nous certifions n'avoir trouvé aucun autre élément bactérien que le staphylocoque. Et si les études bactériologiques doivent éclairer un jour la nature encore peu connue des laryngo-bronchites membraneuses essentielles, nous estimons notre observation en tout point digne d'être utilisée à ce point de vue spécial : gravité des événements cliniques et mort rapide, présence seule du *staphylocoque* dans les exsudats et liquides provenant des voies respiratoires.

---

## CAS DE LARYNGITE HÉMORRHAGIQUE GRIPPALE

Par le Dr **C. COMPAIRED**, professeur à la Clinique oto-rhino-laryngologique du Refugio et à la Policlinique Cervera, de Madrid.

Josefa Martinez, âgée de 48 ans, célibataire, domestique, vint nous consulter le 4 février dernier à la Polyclinique Cervera et nous dit que depuis environ cinq jours elle souffrait de chaleur et de picotements continuels dans la gorge, douleur qui, par moment, s'irradiait aux deux oreilles; toux avec *expectoration sanguine*, lassitude générale, lumbago, céphalalgie, diminution des forces et somnolence.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires, règles normales.

Dans la maison où elle sert, tous les membres de la famille ont eu la grippe.

Lorsque la malade se présente à nous elle a la fièvre, est essoufflée, a des signes marqués de déchéance physique et morale, elle est absolument aphone et rejette assez fréquemment pendant les accès répétés de toux semi-quinteuse des expectorations muqueuses contenant des caillots sanguins récents et du sang en quantité suffisante, et ensuite au cours de nouvelles crises de toux, elle crache du sang pur, rutilant, rouge, comme on l'a vu dans le vase qui le contenait.

La toux, l'oppression respiratoire (véritable suffocation); le picotement intense et croissant que la malade accuse à la région laryngée, à laquelle elle porte instinctivement les mains comme pour se calmer, en frottant la partie antérieure du cou, la terreur qu'elle éprouve en expulsant du sang en toussant, se croyant phthisique, sont de graves obstacles à l'examen laryngoscopique que nous ne pûmes pratiquer qu'après l'avoir tranquillisée sur son état, et lui avoir pulvérisé la gorge à plusieurs reprises avec une solution de cocaïne.

Après un examen prolongé, nous constatâmes une hyperémie très prononcée de la muqueuse pharyngo laryngienne, tout l'espace glottique était plein de sang, dont la couleur rouge vi-



neuse contrastait avec le rouge pâle de la muqueuse trachéale. Le sang recouvrait tellement les cordes vocales, les bandes ventriculaires, l'espace inter-aryténoidien, les aryténoïdes, etc., qu'il cachait totalement ces parties, aussi nous fut-il impossible de nous rendre compte de l'état de la muqueuse, et nous pûmes seulement vérifier ses fonctions motrices.

Nous écartâmes en partie cet obstacle, grâce à des pulvérisations répétées au moyen d'une solution froide d'antipyrine à 3 % et de la toux fréquente qui donnait issue à des caillots et à du sang semi-liquide ; nous répétâmes plusieurs fois l'examen, et reconnûmes un état congestif excessif de toute la muqueuse glottique, avec points hémorrhagiques confluent et grosses arborisations vasculaires sur les cordes vocales, ce qui leur donnait l'aspect de deux rubans peints en rouge incarnat coupés de bigarrures ; les ventricules de Morgagni disparaissaient par suite de l'état congestif des bandes ventriculaires et étaient aussi sillonnés de varicosités et de points hémorrhagiques, de même que ce qui aurait dû être l'espace inter-aryténoidien (qui était faussement limité) et les régions aryténoïdiennes.

Naturellement, la fonction adductrice et abductrice des cordes vocales était entravée par l'état congestif et semi-œdémateux des parties.

L'auscultation broncho-pulmonaire ne révéla que des manifestations catarrhales de la grosse portion de l'arbre aérien, de médiocre intensité. Rien au cœur.

Ayant diagnostiqué une *laryngite hémorrhagique grippale aiguë* développée au cours de l'affection infectieuse générale, nous ordonnâmes 2 grammes de poudre de Dower en six cachets, à prendre un toutes les deux heures dans une infusion tempérée de fleurs de mauve, en recommandant à la malade de se coucher immédiatement et de maintenir la transpiration cutanée que produirait le médicament ; diète absolue ; toutes les trois heures, pulvérisations pharyngo-laryngées avec une solution aqueuse d'antipyrine à 6 % et de cocaïne à 1 %, alternées avec des infusions de tanin, et des pastilles de chloro-borate de soude, de menthol et de cocaïne, devant fondre presque contamment dans la bouche.

Le 8 février, amélioration de l'état général et local, mais persistance de l'hémorrhagie et de la congestion laryngienne.

Le sang disparaît le 11 février, et seuls persistent les symptômes locaux de phlegmasie, l'engorgement des bandes ventriculaires et la corde droite est légèrement ternie. L'aphonie

avait cessé, bien que la voix fut encore un peu voilée en parlant.

La malade fut complètement guérie le 22 février, dix-huit jours après le début de l'affection.

Parmi les complications fréquentes de la grippe, les auteurs (Gottstein, Moure, Eichhorst, Lennox Browne, etc.), citent le catarrhe intense et plus ou moins localisé de la muqueuse respiratoire ; un état particulier d'érosion de la muqueuse ou une ulcération superficielle (Moure) qui s'observe sur les cordes vocales ; l'œdème de la glotte, les paralysies et les spasmes musculaires du larynx.

Seul Leyden <sup>(1)</sup> dit avoir rencontré de la *propension à l'hémorrhagie nasale, pharyngo-laryngée, rénale et utérine*.

En dehors des cas d'hémorrhagie laryngienne par angiôme des cordes vocales (Dundas Grant) <sup>(2)</sup> ; par rupture d'une veinule de la région interaryténoïdienne simulant une hémoptysie (Ferras, de Luchon) <sup>(3)</sup> ; d'hydrohémie hémophilie, etc., précédées de catarrhe aigu intense du larynx (Krieg) <sup>(4)</sup> ; les cas plus connus d'hémorrhagies laryngées cataméniales (Compaired) <sup>(5)</sup> ; ceux qui surviennent dans certains cas d'insuffisance mitrale par épistaxis veineuse dans le plexus des replis glosso épiglottiques (Lennox Browne) <sup>(6)</sup> par hyperémie passive dans l'emphysème ; quand il existe de la compression causée par une tumeur voisine, et finalement à la suite de l'état hémorrhoidal des veinules de la base de la langue ; je n'ai positivement rencontré dans la littérature laryngologique aucune observation aussi nette de *laryngite hémorrhagique* que celle que je viens de rapporter.

<sup>(1)</sup> HERMANN EICHHORST. — *Traité de Pathol. interne*, etc. Traduction espagnole du Dr Gongora, T. IV, page 331.

<sup>(2)</sup> DUNDAS GRANT. — Communication à la Société laryngologique de Londres, séance du 12 avril 1893.

<sup>(3)</sup> FERRAS. — Communication à la Société française d'oto-rhino-laryngologie, séance du 1<sup>er</sup> mai 1895.

<sup>(4)</sup> R. KRIEG. — *Atlas der Kehlkopfkrankheiten*. (Planche III, Stuttgart, 1892).

<sup>(5)</sup> COMPAIRED. — Dudas surgidas con motivos de dos casos de hémorragias laringeas catameniales (*Rev. de lar. otol. y rinol.* décembre 1891, et *Boll. delle mal. dell orecchio*, etc., avril 1891).

<sup>(6)</sup> LENNOX BROWNE. — *Traité des maladies du larynx*. Traduction française, Paris, 1891, p. 255.

Ainsi dans certains cas cités (hémorrhagies laryngées cataméniales) il n'existait pas de véritable *hémorrhagie* ni de *laryngite*, tandis que dans l'observation qui est l'objet de ce petit mémoire, l'inflammation et l'hémorrhagie se développèrent rapidement et d'une façon intense sous l'action du poison grippal.

Comment ces hémorrhagies non traumatiques peuvent-elles prendre naissance ?

La muqueuse laryngienne, comme les autres muqueuses de l'organisme, participe de différences d'épaisseur et de vascularité. Aussi, selon la région ou partie de l'espace glottique attaquée, l'hypérémie commune et ordinaire, à quelque classe qu'elle appartienne, offre une variété de nuances, se rapportant à ces qualités ; il arrive que les replis aryépiglottiques, les bandes ventriculaires et les ventricules présentent des points où l'hypérémie se développe rapidement et énergiquement, tandis que sur l'épiglotte et les cordes vocales la rougeur n'est jamais si marquée, même lorsque le catarrhe laryngé est intense.

Il n'y a rien d'extraordinaire ni d'anormal à ce que la dilatation vasculaire exagérée détermine la rupture des capillaires et même des veinules de quelque importance dans les parties dont nous avons parlé d'abord ; mais à notre avis l'hémorrhagie des cordes vocales était nécessaire ; en premier lieu parce que la muqueuse cordale, en raison de l'hypérémie et de la congestion subséquente, perdait sa qualité anatomique, ayant une vascularisation plus puissante ; et, en second lieu, que simultanément à cette modification, on voit apparaître l'érosion et même l'ulcération grippale que mentionne le Dr Moure, mais que je n'ai pas eu toutefois occasion de vérifier dans toute sa pureté.

Comme en clinique, tout cas est nouveau, et celui que je viens d'exposer l'est extrêmement, chaque fois que je ne me souviens pas d'avoir lu une observation semblable dans les traités de laryngologie ni dans les ouvrages périodiques de spécialité (le Dr Botella qui observa également le malade en question affirme la même chose) je me suis fait un devoir de le publier pour le soumettre aux considérations de mes confrères.

---

#### IV

### DU LAVAGE DE LA CAISSE AVEC UNE NOUVELLE SONDE

Par le Dr **A. COURTADE**. Assistant à la clinique des maladies du larynx, du nez et des oreilles de l'Hôpital Lariboisière.

La caisse du tympan avec ses nombreuses anfractuosités dues, tant à la disposition des ses parois osseuses qu'aux nombreux replis et ligaments qui la sillonnent de toutes parts, se prête mal à une antiseptie rigoureuse.

Close de toute part, sauf au niveau de la trompe d'Eustache qui est fermée à l'état de repos et qui ne s'ouvre que par intermittences, elle constitue une cavité où le pus a une tendance toute naturelle à séjourner. Même avec une perforation tympanale spontanée ou acquise, les sécrétions ne trouvent qu'un débouché exigü pour sortir, et encore n'en sort-il que le trop plein, si l'on n'intervient pas par des moyens appropriés pour évacuer plus ou moins complètement le résidu.

Les injections ordinaires, suffisantes pour balayer et entraîner au dehors le pus qui a franchi la membrane du tympan, sont incapables d'arracher de vive force ce pus épaissi, consistant, qui adhère aux parois de la caisse sous forme de grumeaux ou de parcelles blanchâtres ressemblant à du fromage blanc. Plus impuissantes encore, quand la perforation siège au niveau de la membrane de Schrapnell ou que le pus concret croupit dans le haut de la caisse, les injections ordinaires doivent alors céder le pas aux injections directes pratiquées dans la caisse même ; la puissance balistique est d'autant plus grande que son point d'application est plus proche du magma à désagréger et que la direction du jet est plus appropriée au point à atteindre.

Sans vouloir nous étendre sur un pareil sujet qui exigerait un long développement, nous rappellerons cependant le fait, qui a dû frapper tous les auristes, que des masses grumeleuses persistent encore dans la caisse après que la suppuration a cessé et qu'il ne faut pas moins qu'une injection intratympanique pour expulser, à travers la large perte de substance du tympan, ces foyers infectieux capables de réveiller l'inflammation à la moindre occasion ; c'est là, à n'en pas douter, la cause déterminante de ces otorrhées chroniques, à répétition.

La desquamation abondante et la renouation épithéliale active de la muqueuse qui succède à une suppuration ancienne tarie, ajoutée à ce pus caséeux, est le point de départ de ces masses cholestéatomateuses qui peuvent être la source de graves complications.

C'est assez dire l'intérêt qui s'attache à un balayage scrupuleux des moindres recoins de la caisse du tympan, au moins dans la mesure de nos moyens d'action.

La sonde d'Hartmann, destinée à cet usage, est loin d'être employée dans tous les cas où elle pourrait être utile et cela en raison de quelques difficultés d'application, inhérentes à sa forme.

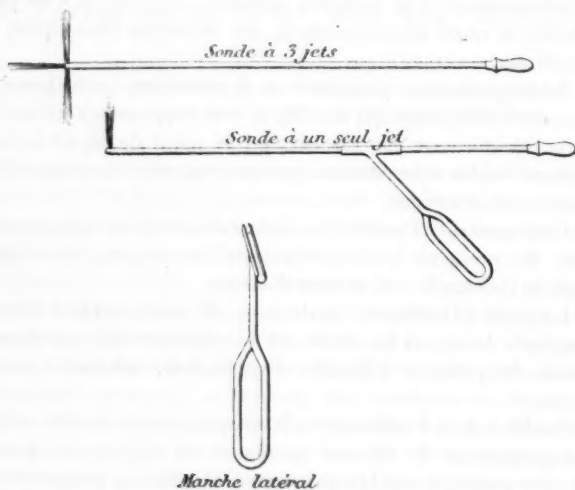
Coudée à 2 ou 3 millimètres de sa petite extrémité elle exige une perforation du tympan spontanée ou chirurgicale assez étendue pour que son bec puisse être introduit en arrière de la membrane ; à moins d'une vaste destruction du tympan son introduction est donc délicate et parfois douloureuse.

Une fois en place, le malade doit garder la plus complète immobilité, car le moindre mouvement de retrait l'expose à de sérieuses lésions, si le bec est engagé derrière la membrane du tympan ; or, il est fréquent, même en y mettant beaucoup de douceur, que le malade se plaigne de quelque douleur et fasse un mouvement instinctif de retraite pour y échapper, dans le cours de l'injection.

Son faible diamètre et son poli font qu'elle tient mal enfre les doigts et quelque précaution que l'on prenne, elle subit toujours, de ce fait, quelques oscillations, qui se repercutent désagréablement, dans la partie profonde de l'oreille.

Nous avons cherché à remédier à ces quelques défauts en construisant une sonde sans couture et fournissant néanmoins un jet vertical.

Notre sonde, absolument rectiligne, présente un orifice latéral à son extrémité : elle peut glisser dans une coulisse fixée à un manche qui fait un angle d'environ  $120^\circ$  avec l'axe de la sonde.



Sa manœuvre est des plus simples ; rattachée à une seringue par l'intermédiaire d'un court tube de caoutchouc, on saisit entre le pouce et l'index gauches le manche et on introduit la sonde directement dans la caisse, à travers la perforation, comme on le ferait avec un stylet.

Si, pendant l'injection, le malade fait un mouvement de retraite le bout de la sonde quitte la caisse sans rien accrocher, puisqu'elle est rectiligne, et on en est quitte pour la réintroduire.

Nous nous servons de préférence de cette même sonde mais pourvue de 3 orifices, qui irrigue la caisse dans toutes ses parties, sans qu'il soit besoin d'imprimer un mouvement de rotation pour diriger l'orifice de la sonde à un seul jet dans

toutes les directions ; parfois, les malades sentent quelques gouttes de liquide tomber dans la gorge, quand le jet latéral est en regard de l'orifice tympanique de la trompe d'Eustache, ce qui est du reste sans inconvénients quand la solution n'est point caustique.

Une pression plus ou moins énergique sur le piston de la seringue permet de graduer la force de projection du jet qui peut atteindre 30 à 40 centimètres de hauteur par une pression violente ; l'action désagrégenté dépend moins du volume du jet que de la pression hydraulique ; aussi, n'y a-t-il pas avantage à ce que les orifices soient grands.

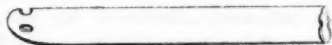
La facilité d'introduction que nous offre cette sonde, nous permet, dans l'otite aiguë, après simple paracentèse, de procéder à un lavage antiseptique de la caisse, comme on le fait en chirurgie générale pour les collections purulentes.

On nous pardonnera de quitter, pour une fois, le terrain clinique pour faire une courte incursion dans le domaine de la mécanique en ce qui concerne notre sonde.

Les fabricants pourraient tâtonner quelque temps, car cela est déjà arrivé, avant de réussir à la faire convenablement ; faciliter leur tâche est notre seule excuse.

D'après ce principe, qu'une colonne liquide continue le mouvement qui lui est imprimé dans la dernière partie de son trajet à travers un tube rigide, il suffit de donner au fond de la sonde une courbure régulière en proue de bateau pour que le jet se redresse jusqu'à devenir vertical.

Si on se borne à boucher le tube par une surface plane et à pratiquer un trou latéral touchant le fond, le jet n'est pas vertical mais fait encore un angle de 120 à 130 degrés, ce qui n'est pas suffisant pour atteindre directement l'attique.



La figure précédente, très grossie, montrera mieux que toute description la forme que doit présenter l'extrémité du tube pour que les jets soient à peu près perpendiculaires entre eux et à l'axe de la sonde : c'est, en un mot, la forme de l'extrémité de l'index, l'ongle coupé très court représentant l'orifice supérieur.

**CAS DE TUMEUR ÉPITHÉLIALE  
DÉVELOPPÉE AUX DÉPENS DE LA GLANDE THYROÏDE  
ET AYANT DÉTERMINÉ LA MORT PAR ASPHYXIE**

Par MM. **BRANCA** et **MENIER**, internes du service  
de M. le Dr P. MARIE.

L'observation que nous relatons a trait à l'histoire d'un malade admis dans le service de notre maître, M. le Dr Pierre Marie, et atteint d'une tumeur paralaryngée ayant déterminé la mort au milieu de phénomènes asphyxiques assez rapides.

Le 13 juin 1895, D..., âgé de 67 ans, se présente à la consultation se plaignant d'une oppression assez intense qu'exagère le moindre effort ; il est amaigri, courbé en avant, dominé par une dyspnée continue, la face et les extrémités froides et cyanosées indiquent une gêne extrême de l'hématose.

Nous le questionnons sur son passé ; par les renseignements qu'il fournit et l'examen du malade, nous ne trouvons aucune trace de tuberculose et de syphilis ; il déclare, en effet, que sa santé s'est toujours maintenue bonne jusqu'à l'apparition d'un goître ? dont l'évolution semble avoir été assez rapide. Au cours de cette affection, survinrent des phénomènes dyspnéiques sur lesquels se hantaient des accès de suffocation. Dans cet état grave, D... entre à la Charité, en 1890, dans le service de M. Desprès. Une longue cicatrice en fer à cheval dans la région sous-hyoidienne indique nettement qu'on a dû procéder à une thyroïdectomie. Tels sont les seuls renseignements que nous recueillons sur les antécédents morbides de cet homme qui, d'ailleurs, s'explique assez mal.



Il déclare néanmoins que son oppression s'est considérablement amendée à la suite de l'intervention chirurgicale.

Poursuivant notre examen nous remarquons un léger degré de tirage traduit par une faible dépression inspiratoire du creux épigastrique et de la fossette sus-sternale.

La voix est courte, voilée, difficilement intelligible. La toux fréquente s'accompagne du rejet de crachats muco-purulents, nullement caractéristiques.

L'auscultation de la poitrine révèle la présence de gros râles sonores disséminés des deux côtés, avec prédominance aux sommets.

Le cœur est dilaté et l'auscultation ne décèle aucune lésion orificielle. Les battements sont faibles, mais réguliers, sans rythme de galop ; ils sont fréquents, il y a de la tachycardie.

L'examen des urines révèle une certaine diminution dans la quantité émise dans les vingt-quatre heures et la présence d'une albuminurie très nette qui avait fait songer, un moment, à un mal de Bright, malgré l'absence d'œdèmes. La température est normale.

Procédant ensuite à la laryngoscopie légitimée, d'ailleurs, par les altérations vocales, la dyspnée et le tirage sur lequel nous avons insisté plus haut, nous constatons une absence complète de l'œdème glottique que nous étions en droit de supposer, mais nous trouvons une parésie très marquée des cordes vocales qui se tiennent dans une légère abduction invariable même dans les efforts de la phonation. Nous poussons plus loin notre examen direct, jusqu'à l'intérieur de la trachée, mais les mauvaises conditions d'éclairage dans lesquelles nous nous trouvons malheureusement ne permettent pas de porter une conclusion.

Le palper de la région cervicale, l'examen attentif des médiastins ne décèlent aucune particularité utile au diagnostic.

Sous l'influence du repos au lit et peut-être du régime lacté, le malade étant albuminurique, la dyspnée est moins vive ; D... légèrement amélioré, quitte, contre notre volonté, la salle Bichat où il était couché, le 9 juillet, c'est-à-dire environ trois semaines après son entrée dans le service.

Le 20 octobre, il revient nous consulter pour son oppression qui s'est considérablement aggravée. A une dyspnée intense, continue et paroxystique, se joignent du tirage et du cornage, cette fois très nets, légitimant l'hypothèse qui avait été faite d'une compression de la trachée, et, comme le malade avait

été opéré d'une tumeur thyroïdienne, n'était-il pas logique d'en attribuer la cause à la présence d'un goitre aberrant, d'un goitre ganglionnaire, dernier témoin d'une vieille lésion thyroïdienne ayant nécessité l'intervention du chirurgien ? Telle fut l'opinion de notre Maître, M. le Dr P. Marie, qui examina le malade dans la première semaine de novembre. Il s'agissait de déterminer le siège de la tumeur. L'examen et le palper de la région sous-hyôïdienne ne décélant, avons-nous dit, rien de particulier, nous pensons à une compression rétrosternale de la trachée et éliminons la possibilité d'une intervention chirurgicale que nous aurions approuvée s'il nous eût été possible de faire l'examen laryngoscopique de la trachée.

Le malade dont l'état est devenu alarmant, entre de nouveau dans notre service, salle Laënnec, où nous le voyons à toute heure de la journée, tantôt assis sur son lit, le tronc relevé par des oreillers, tantôt adossé à un fauteuil dans l'immobilité absolue, les bras arc-boutés aux barreaux de son lit ; sur sa face se dépeint une angoisse terrible et les extrémités sont froides et violacées.

L'aphonie est complète.

La température oscille entre trente-sept et trente-huit degrés, L'examen des poumons révèle la présence de gros râles masqués, en partie, par le retentissement des bruits trachéaux. L'expectoration muco-purulente est assez abondante. La toux est fréquente ; mais n'a pas de caractère quinteux ni coqueluchoïde. Les battements du cœur sont faibles, mais réguliers. Il y a de la tachycardie, on note, en effet, de cent vingt à cent-trente pulsations à la minute. Le pouls est petit.

On ne note pas d'œdème de la face, ni des membres supérieurs, pas de circulation collatérale. Aucune douleur, à part un peu de céphalée due, sans doute, aux troubles de l'hématose.

Le malade se plaint, en outre, d'un certain degré de dysphagie qui, toutefois, ne l'empêche pas de prendre le lait qu'on lui donne.

Les urines sont toujours albumineuses, très peu abondantes ; l'oligurie est même devenue inquiétante puisqu'elle n'excède pas soixante-quinze centilitres par vingt-quatre heures. A ce moment, l'amaigrissement est très notable. Le poids du malade est exactement quarante six kilogr. deux cents. L'anorexie est complète, sans troubles gastro-intestinaux, ni vomissements, ni diarrhée.

Malgré l'état dyspnéique de D..., nous recourons une dernière fois à l'examen laryngoscopique. La glotte ne s'est pas modifiée, les cordes vocales restent dans l'abduction comme dans l'inspiration normale, mais ne changent pas de position si on prie le malade de faire une expiration forcée. Ce défaut d'action des muscles constricteurs de la glotte légitime notre première hypothèse sur l'existence d'une compression, mais la rend plus explicite en permettant de supposer la possibilité d'une tumeur bilatérale puisqu'il semble y avoir une paralysie récurrentielle double.

Les jours suivants, l'état du sujet s'aggrave rapidement jusqu'au 14 novembre, où il expire au milieu de phénomènes asphyxiques progressifs, en pleine possession de ses facultés intellectuelles.

Le diagnostic de la cause de la mort de D... avait été : asphyxie progressive due à une compression inférieure de la trachée probablement par une thyroïde accessoire située dans son voisinage.

Le surlendemain du décès procédant à l'examen *nécroscopique* des organes, nous pratiquons d'abord une longue incision depuis la symphyse du menton jusqu'au pubis. Au niveau de la cicatrice en fer à cheval de la région sous thyroïdienne, nous trouvons une certaine adhérence de la peau à la trachée qui, cependant, échappe à la compression qu'aurait pu produire la bride rétractile de la cicatrice. Nous enlevons le plastron sterno-costal, et mettons à nu le cœur et les poumons, puis, dégageons soigneusement de leurs enveloppes musculo-cutanées le système trachéo-œsophagien, tout en ayant bien soin de respecter le paquet vasculo-nerveux du cou. Aucune trace de tumeur au voisinage de ces organes n'a pu être constatée ; les ganglions lymphatiques sont de volume normal.

Le cœur est dilaté, tapissé de graisse, les orifices sont sains. La crosse aortique présente les lésions macroscopiques des aortes séniles, c'est-à-dire un certain degré d'ectasie de nature athéromateuse avec une large plaque calcaire au niveau de sa concavité, au point même où celle-ci repose sur l'anse récurrentielle.

Les poumons sont isolés facilement, vu l'absence d'adhérences pleurales ; on y constate un emphysème vésiculaire très accentué. Les bronches sont encombrées de mucopus mais les sommets sont indemnes de tubercules.

Une dissection minutieuse isole les organes du cou sans en

changer les rapports. A la partie supérieure de la trachée siège une masse dure irrégulièrement arrondie, du volume d'une tomate et contre laquelle vient butter le scalpel. Elle semble englober inégalement les conduits qui traversent la région, adhérant fortement et paraissant faire corps avec la trachée en avant, et l'œsophage en arrière. Elle est très proéminente à droite où elle refoule en dehors par une assez forte convexité les vaisseaux. A gauche elle ne fait aucun relief, les vaisseaux et les nerfs de ce côté ne sont pas intéressés. La trachée est engainée dans sa partie supérieure sur une hauteur de 0,03<sup>cm</sup> par la tumeur qui semble l'infiltrer. La partie gauche de la trachée est, sinon respectée, du moins très peu intéressée. C'est principalement à droite et en arrière que la tumeur atteint ses plus fortes dimensions.

L'œsophage est séparé de la trachée par toute l'épaisseur du néoplasme ; il est, de plus, refoulé à gauche et son calibre, notablement rétréci, admet à peine le petit doigt.

La carotide primitive droite et la partie la plus élevée de la sous-clavière de ce côté sont déjetées en dehors par la tumeur à laquelle elles adhèrent ; mais, grâce à la résistance de leurs tuniques, elles échappent presque entièrement à la compression. Le récurrent droit disparaît dans la masse néoformée ; le pneumo gastrique, lui aussi, est refoulé au dehors et adhère ; à gauche, les vaisseaux et les nerfs ne sont pas lésés, le récurrent que nous n'avons pu suivre de ce côté, doit être seul englobé par le néoplasme.

Au-dessus de la tumeur manifestement sous-cricoïdienne et contigus à elle, nous trouvons à gauche, flquant l'aile correspondante du cartilage thyroïde, le lobe gauche de la glande thyroïde resté sain et facile à délimiter ; le lobe droit atrophié semble se continuer par sa base avec le néoplasme très proéminent de ce côté ; dans son épaisseur on trouve un noyau très dur, du volume d'un gros pois, constitué par un dépôt calcaire.

Les ganglions lymphatiques du cou paraissent sains. Si, maintenant, nous faisons une coupe transversale de la tumeur à des niveaux différents, il est facile de constater ses rapports avec les organes auxquels elle adhère. Elle résiste à la coupe, son aspect est blanc grisâtre et présente, par place, des petits foyers ramollis d'où la pression fait sortir une substance caséuse.

Une section pratiquée au niveau du deuxième anneau de la trachée nous montre celle-ci presque totalement enclavée dans

la néoformation, excepté sa portion antéro-latérale gauche contiguë au lobe thyroïdien resté sain ; à droite, elle est débordée largement par la tumeur qui refoule en dehors la carotide primitive, le pneumogastrique et les vaisseaux thyroïdiens inférieurs. En arrière, le néoplasme se rapproche du massif vertébral et refoule en arrière et à gauche l'œsophage dont le calibre est rétréci à ce niveau. Les vaisseaux et nerfs du cou sont indépendants du néoplasme à gauche. La trachée elle-même subit un commencement d'aplatissement, mais reste encore assez béante pour laisser voir dans la profondeur la voûte laryngée surmontée de la fente glottique.

Une coupe transversale pratiquée deux centimètres plus bas représente une tumeur un peu plus volumineuse dans son diamètre antéro-postérieur ; à ce niveau, les déformations deviennent très nettes. Une distance de trois centimètres cinq millimètres sépare la trachée de l'œsophage.

Dans ses plus grands diamètres, les mensurations de la néoplasie donnent quatre centimètres cinq pour le diamètre transversal.

On voit, par ces données, quelle distance énorme sépare l'œsophage de la trachée et combien nous nous trouvons éloignés de la normale où l'œsophage flanque directement la face postérieure du tube trachéal. Rappelons ici que les adhérences avec la tumeur sont intimes. La trachée dont les parois mesurent ici trois millimètres, est fortement aplatie en fourreau de sabre ; sa paroi postérieure bombe dans la lumière du conduit ; et cet aplatissement considérable s'étend sur une longueur de deux centimètres environ.

L'œsophage, lui aussi, a perdu de son calibre normal et se trouve considérablement déjeté à gauche, avec une exagération notable de sa déviation habituelle. Les rapports des vaisseaux avec la tumeur ne sont pas modifiés. Signalons en ce point l'apparition de la sous-clavière droite qui, comme la carotide correspondante, adhère puissamment à la masse néoformée. A gauche, même indépendance que plus haut, le paquet vasculo-nerveux du cou est libre de ce côté.

Enfin une dernière coupe pratiquée au tiers moyen de la portion cervicale de la trachée nous fait constater à une notable diminution du volume de la tumeur qui va disparaître plus bas. Elle est toujours déjetée à droite flanquée de l'œsophage sur sa portion postéro-latérale gauche. Le tube trachéal a repris sa forme demi-cylindrique, les vaisseaux et nerfs du cou sont

plus dégagés, le récurrent droit reste toujours englobé dans le néoplasme, mais le gauche est libre, contigu à un ganglion lymphatique faisant partie de la chaîne récurrentielle.

Disons, en terminant que les tuniques internes de la trachée et de l'œsophage paraissent saines et qu'elles semblent simplement refoulées par la masse néoformée, et non infiltrées par elles.

Par la description qui précède nous voyons qu'une certaine étendue de la portion chirurgicale de la trachée était indemne et que la trachéotomie pratiquée un peu bas était absolument indiquée dans ce cas et exempte de danger, malgré l'importante anomalie signalée plus haut où nous voyons la carotide primitive gauche se rapprocher plus qu'à l'ordinaire de la ligne médiane, naissant du pied même du tronc artériel brachio céphalique.

L'examen histologique a été fait par notre collègue et ami Branca, interne du service.

**EXAMEN HISTOLOGIQUE.** — La tumeur, d'un blanc gris, se présente à la coupe sous la forme d'un tissu ferme, criant sous le couteau en deux ou trois points où nous avons, précisément, constaté la présence de tissus calcifiés. La surface de section est plane et la pression en fait sourdre par endroits des gouttelettes d'un suc laiteux, un peu jaunâtre, en tout pareil au lait mêlé de pus qu'on peut exprimer du mamelon au cours de certains mastites.

Etudié au microscope, après une dissociation et une fixation préalables par l'alcool au tiers, ce suc apparaît constitué par des cellules de petite taille dont la forme est très variable. Les unes sont arrondies; d'autres portent une expansion qui leur donne la forme de raquettes à manche généralement court; d'autres encore, plus rares, sont globuleuses, mais chacun des deux pôles de la cellule porte un prolongement qui donne à l'élément l'aspect d'un fuseau.

Le noyau de la cellule est clair et volumineux; dans quelques préparations nous l'avons trouvé en voie de segmentation indirecte.

Le protoplasma est granuleux; il forme une mince écorce autour du noyau et sa réduction est telle que certains éléments semblent exclusivement constitués par le noyau.

Ainsi donc, les dissociations nous ont révélé deux modifications cellulaires : l'hypergénèse et le polymorphisme. Et si nous n'avons pas trouvé l'hypertrophie des cellules de la tumeur, c'est qu'il s'agit d'une tumeur à éléments jeunes, et partant, d'une tumeur à évolution maligne.

Des coupes larges et fines ont été pratiquées sur la pièce après fixation dans le formol, durcissement dans l'alcool, enrobage dans la paraffine et la celloidine, coloration au picrocarmine, à l'hématoxyline de Crenacher, à l'hématoxyline-éosine.

La tumeur n'est pas encapsulée. Dans quelques points cependant, au niveau de son adhérence à la trachée, le tissu conjonctif ambiant s'est tassé et forme une coque incomplète, véritable barrière qui sépare et défend du néoplasme la muqueuse laryngée.

De ce tissu conjonctif partent des travées d'épaisseur très variable, réparties sans aucune régularité, et il n'est plus possible, ici, de distinguer des cloisons de premier ou de deuxième ordre. Ces cloisons sont formées de tissu conjonctif à fibres onduleuses, de cellules fixes à noyaux volumineux et par endroits de très petites cellules, semées les unes contre les autres, presque limitées au noyau et qui semblent le fait d'une réaction de défense contre l'invasion épithéliale.

Les cloisons conjonctives, qui sont encore la voie des vaisseaux, circonscrivent des cavités qui communiquent entre elles et sont de forme arrondie ou ovale. Et, c'est dans les mailles de ce tissu de soutien que sont comme coulées les cellules épithéliales. Ces cellules, que la dissociation nous a montrées à l'état d'isolement, dans toute leur netteté, apparaissent ici en place.

Elles sont juxtaposées et ne sont pas soudées. Elles semblent agglutinées par une substance d'apparence laiteuse qui se colore par les réactifs et donne un aspect flou à la préparation fraîchement faite. Les cellules, de type jeune, apparaissent groupées suivant deux modes que reliaient, bien entendu, des formes de transition. Tantôt elles sont réparties en foyers qui se montrent sous la forme de noyaux arrondis ou de boyaux suivant le sens de leur section. Tantôt elles sont infiltrées dans le tissu conjonctif. Elles sont à trois, à quatre, à dix, insinuées en chaîne, à la file sur un rang ou sur deux. Mais dans l'un et l'autre mode de groupement, un fait est capital : c'est la diffusion de la néoformation cellulaire.

Les artères ont leur paroi hypertrophiée ; quelques unes sont



atteintes d'endartérite avec un certain degré de dégénérescence élastique de la paroi, bien visible sur les coupes traitées par l'éosine et la potasse.

Aucune veine n'était altérée.

Des voies lymphatiques, nous avons étudié seulement deux ganglions. L'un faisait partie de la chaîne carotidienne ; il était situé au niveau de la tumeur. L'autre provenait des ganglions englobant le tronc artériel brachio-céphalique et la bifurcation de la trachée. Tous deux étaient infiltrés de charbon ; tous deux étaient le siège de colonies épithéliales, tant à la surface externe de leur capsule que dans leur substance propre.

Les nerfs pneumogastriques et récurrent étaient d'aspect normal. Traités par la méthode de Veigert, il nous ont semblé indemnes de lésions dégénératives.

Des organes voisins, nous avons étudié la trachée. La muqueuse a ses glandes et ses éléments conjonctifs normaux ; les vaisseaux qui s'y distribuent sont volumineux ; mais l'épithélium de revêtement est profondément modifié. Au lieu d'être constitué comme à l'état normal par de hautes cellules cylindriques et ciliées dont les pieds effilés circonscrivent une seconde couche d'éléments de remplacement plus ou moins globuleux, il est formé par des cellules superposées sur six, sur huit et même sur onze couches. Les cellules les plus superficielles sont aplaties ; les moyennes sont arrondies ; les profondes sont cylindriques et reposent sur le derme. Aucun de ces éléments ne contient d'éléidine ; aucun n'a subi la transformation cornée.

Cette analyse achevée, il nous reste à chercher la nature et l'origine de la tumeur examinée.

Evidemment il s'agit d'une tumeur épithéliale. Le stroma, les bourgeons cellulaires, l'infection ganglionnaire le montrent assez. Cette tumeur c'est donc un épithélioma ou un carcinome. Il importe peu : épithélioma et carcinome sont tout un et les formes de passage ont été notées depuis longtemps sur une même tumeur par MM. Cornil (*Arch. de phys.* 1875), Malassez (*Arch. de phys.* 1876) et plus récemment par le Dr Quénu dans un néoplasme lingual opéré par M. Bouilly et par M. Brault (*Arch. de méd.* 1885). Mais pour nous en tenir à la terminologie en usage, nous dirons : c'est un carcinome



dont il s'agit, et un carcinome fibreux, comme le montrent le volume des travées conjonctives et la lenteur de l'évolution clinique.

L'origine de cet épithélioma glandulaire est le corps thyroïde. Le siège de la tumeur, l'aspect laiteux et flou de la substance colloïde, transformée en substance mucilagineuse, qu'a constaté avec nous notre maître, M. Pierre Marie, tout cela est bien spécial aux tumeurs thyroïdiennes.

Mais s'agit-il simplement d'une récurrence sur place? Ne s'agit-il pas plutôt d'un carcinome greffé sur un goitre dont l'opération n'avait pas totalement délivré le malade? La clinique inclinerait plutôt à le faire penser : le carcinome n'est pas rare en effet dans les organes dont une lésion préalable fait un terrain d'attente toujours prêt pour la dégénérescence épithéliale aussi bien que pour l'ensemencement microbien. Et la constatation de ce fait que nous ne retrouvons nulle part, rien qui rappelle la morphologie du corps thyroïde est un argument de plus en faveur de notre interprétation.

Ainsi donc, nous sommes en présence d'un carcinome d'origine thyroïdienne, probablement développé sur un goitre. Ce carcinome a évolué lentement. Aussi les ganglions sont-ils envahis, mais la métastase ne s'est faite dans aucun organe ; aussi le revêtement épithélial de la trachée a-t-il eu le temps de se modifier pour s'adapter aux nouvelles formes, au nouveau fonctionnement de l'organe, et si la mort est survenue, ce n'est pas du fait direct du carcinome mais du fait de complications intercurrentes.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES

II<sup>e</sup> CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE D'OTOLOGIE,  
LARYNGOLOGIE ET RHINOLOGIE*Florence, Septembre 1895.*

Compte rendu par le Prof. G. GRADENIGO

*1<sup>re</sup> Séance. — 24 septembre après midi.*

La Société Italienne d'oto-rhino-laryngologie, au lieu de tenir sa seconde réunion à Rome au mois d'avril 1894, décida de la faire coïncider avec le cinquième Congrès International d'Otologie de Florence (23-26 septembre 1895). Cette circonstance permit à beaucoup de laryngologistes italiens de souhaiter la bienvenue dans la capitale toscane aux confrères étrangers accourus pour prendre part aux travaux du Congrès d'Otologie, mais, d'autre part, ce fut un grave obstacle à l'intérêt scientifique de la Réunion Italienne; en effet, le peu de temps et le siège commun des deux réunions dans le même local firent que la plupart des Italiens, membres de la Société, étant également inscrits au Congrès International, sacrifièrent leur qualité de sociétaires aux devoirs agréables de l'hospitalité envers les spécialistes étrangers, et désertèrent les séances de la Société pour ne pas manquer celles du Congrès. La session de Florence fut donc en partie absorbée par le Congrès International, ce qui explique comment l'importance et le nombre des communications ont été inférieurs à celles de la première réunion, et pourquoi plusieurs des sujets proposés pour la discussion n'ont pas été lus. La séance d'inauguration eut lieu le 24 septembre à 2 heures de l'après-midi sous la présidence de Grazi qui, après avoir souhaité la bienvenue aux sociétaires présents, consacra quelques paroles émues aux morts: Longhi (Milan), Felici (Rome), O. Masini (Certaldo).

1. EGIDI (Rome), lit son rapport sur les **sténoses laryngées et leur traitement**. Son travail est basé d'après la classification suivante :

1<sup>re</sup> sténoses chroniques; 2<sup>o</sup> sténoses aiguës, 3<sup>o</sup> sténoses d'origine extralaryngée. Le premier groupe comprend les formes principales dues à des néoformations, à la syphilis, à la tuberculose, au rhinosclérome. Au point de vue thérapeutique, l'auteur dit que l'on doit employer avant tout les médications douces, et réserver les interventions chirurgicales pour une période ultérieure. Le cathétérisme déjà signalé par Hippocrate n'a été perfectionné que dans ces derniers temps, et Schrötter l'a transformé en une méthode de dilatation graduée au moyen d'instruments spéciaux; à présent l'intubation, dont, en Italie, Massei est l'apôtre dans les sténoses chroniques, offre plus de chance de succès. A propos du parallèle entre l'intubation et la trachéotomie, Egidi fait remarquer que la première peut être dangereuse dans les cas de tumeurs laryngées, au cas où des fragments de celles-ci seraient projetés dans les voies aériennes inférieures, et, comme la trachéotomie, elle peut fournir, dans les cas de polypes simples du larynx, des résultats non seulement palliatifs, mais véritablement curatifs. La trachéotomie offre des avantages analogues dans la tuberculose laryngée, les sténoses par corps étrangers, lèpre, rhinosclérome, etc. Dans les sténoses aiguës, c'est au contraire l'intubation qui mérite la préférence; surtout dans les formes croupales, depuis l'introduction de la sérothérapie, la trachéotomie peut habituellement être épargnée à l'enfant et être remplacée avantageusement par le tubage.

EGIDI montre ensuite son nouvel appareil à intubation.

2. CORRADI (Vérone), expose sa méthode de **traitement des sténoses du larynx** en général à l'aide de tiges de laminaire (Voir *Annales des mal. or. et lar.* n<sup>o</sup> de septembre 1895).

3. NICOLAÏ (Milan). — **Contribution au traitement des sténoses laryngées chroniques.** — Les sténoses laryngées comprennent deux catégories principales: les trachéotomisés et les non trachéotomisés. Le traitement consiste: 1<sup>o</sup> à détruire les végétations du trajet sténosé; 2<sup>o</sup> à redresser l'angle formé par le larynx avec la trachée; 3<sup>o</sup> à extirper les résidus inflammatoires; 4<sup>o</sup> à refermer la fistule trachéale; 5<sup>o</sup> à empêcher la formation d'une sténose trachéale.

L'auteur fait voir ensuite quelques modifications introduites par lui dans l'appareil à intubation, surtout dans le but de ne pas toucher avec l'extrémité inférieure de la canule la paroi trachéale au-dessus du point trachéotomisé, et d'éviter, en intro-

duisant la canule, la gêne qui pourrait être produite par l'arcade dentaire. Il faut éviter de provoquer une sténose correspondante à la fistule, et empêcher, éventuellement, au moyen d'une transplantation cutanée, l'occlusion spontanée de cette fistule avant que la dilatation n'ait fourni des résultats satisfaisants.

*Discussion.*

NUVOLI (Rome). A propos des sténoses laryngiennes consécutives à des blessures par armes à feu, j'insiste, lorsqu'il est impossible de distinguer dans l'amas informe de tissu cicatriciel la direction du conduit laryngo-trachéal, sur la nécessité d'insérer au fond de la plaie un gros tube à intubation qu'on laisse en place pendant un temps indéterminé et de réunir au-dessus les parties molles.

DIONISIO (Turin) rappelle que parfois la canule de Störk ou de Dupuy peut remplacer avec avantage le tubage.

MASINI (Gênes). Je crois à l'utilité de l'intubation dans les sténoses laryngiennes tuberculeuses, surtout lorsque les cartilages aryténoïdes sont immobilisés. Le tube peut aussi exercer une action bienfaisante pour les papillômes laryngés des enfants.

MASSEI (Naples) est heureux d'apprendre que l'opinion est plus favorable à l'intubation qu'à la trachéotomie dans les sténoses chroniques. Quant aux papillômes, bien qu'on ne doive pas exclure la possibilité de leur régression à la faveur de la trachéotomie, il faut, au cas où ils ne disparaîtraient pas, avoir recours à l'intervention chirurgicale par l'extérieur. M. met en garde aussi contre la grande facilité de modification des canules à intubation.

**4. FASANO (Naples). — Sur quelques rares cas de troubles laryngiens en rapport avec l'appareil sexuel.** — Dans les affections des organes génitaux de la femme, l'auteur a reconnu l'existence de divers accidents dans la circulation et l'innervation du larynx, qui résistaient au traitement local, et ne cédaient que par celui de la maladie génitale.

FICANO (Palerme) croit qu'il s'agit d'un phénomène réflexe de la muqueuse laryngée, identique à celui que l'on observe parfois sur la muqueuse nasale ; il cite le cas de deux jeunes filles, qui éprouvaient, durant la période menstruelle, une sensation de brûlure dans les fosses nasales, où le seul signe objectif était l'hypérémie.

D'AGUANNO (Palerme) rappelle les aphonies et dysphonies liées à des affections utérines.

5. D'AGUANNO. — **Sur la goutte héréditaire auriculaire tardive.** — L'auteur relate trois observations où la surdité se manifesta à l'âge de la puberté ; la cause devait en être attribuée à la diathèse gouteuse des parents.

2<sup>e</sup> Séance. — 25 septembre, matin.

6. DAMIENO (Naples). — **Sur la sérothérapie dans la diphtérie et les tumeurs malignes.** — Travail reposant sur cinquante-huit cas de diphtérie avec seulement quatre décès. Les injections de sérum abrégèrent la maladie et donnèrent généralement d'excellents résultats. L'examen bactériologique fut pratiqué dans vingt-quatre cas, et l'on rencontra vingt-quatre fois les bacilles de Löffler avec staphylocoques, neuf fois les mêmes bacilles avec streptocoques, treize fois les bacilles avec staphylo- et streptocoques, une fois des streptocoques ; dans quatre cas le résultat fut négatif par suite de l'insuffisance de matériel. A propos des associations microbiennes susdites, il faut croire que c'est le bacille de Löffler qui prépare le terrain favorable au développement des streptocoques plutôt que l'inverse. Pour faire la part des accidents que peut causer le sérum chez certaines personnes, il est prudent de ne se servir de hautes doses que dans les cas excessivement graves.

7. NICOLAÏ. — **Sur la sérothérapie dans la diphtérie.** — La statistique de trois cent vingt-six cas de diphtérie soignés par la sérothérapie à l'Hôpital Majeur de Milan, donne 31, 30/0 de mortalité ; en ville, l'auteur a pu limiter ce chiffre à 17, 50/0. Cette différence doit être attribuée selon Nicolaï à ce qu'il fit un plus large usage de sérum dans sa clientèle qu'à l'hôpital, et qu'il combattit ainsi avec efficacité les complications rénales, pulmonaires et nerveuses. Il employa ensuite le sérum dans quarante cas avec un but d'immunisation, et il obtint des résultats satisfaisants. La communication de Nicolaï fut suivie d'une discussion à laquelle prirent part CORRADI, EGIDI ET MASINI.

*3<sup>e</sup> Séance. — 25 septembre, après midi.*

8. GARZIA (Naples) à propos d'un cas d'adénome naso-pharyngien expose les caractères histologiques de ces tumeurs et insiste sur la nécessité d'une opération précoce.

9. MASUCCI (Naples). — **Traitement chirurgical de la tuberculose laryngée.** — L'auteur est partisan de la méthode de Heryng combinée avec l'usage de l'acide lactique, en se basant sur huit observations personnelles. M. croit que les résultats seraient encore meilleurs si l'on pouvait toujours avoir recours à un traitement rationnel diététique et climatérique.

10. MASUCCI. — **Note sur les troubles réflexes du nez.** — Dans un cas il s'agissait d'une enurésie nocturne qui disparut après la guérison d'une hypertrophie des cornets; une autre fois des règles surabondantes redevinrent normales par le traitement d'une rhinite hypertrophique; le troisième cas concernait une forme incipiente de maladie de Basedow qui guérit par l'ablation de myxômes multiples qui occupaient la fosse nasale gauche. L'auteur rapporte ensuite des observations d'asthme nasal et d'anosmie réflexe.

*4<sup>e</sup> et dernière séance. — 26 septembre, matin.*

11. GRAZZI parle de l'emploi de la douche nasale de Weber et de ses inconvénients.

Ensuite on aurait dû lire un rapport sur l'importance diagnostique de l'examen fonctionnel de l'organe de l'ouïe et ses diverses méthodes, qui, au premier Congrès de la Société, avait été confié à Corradi, Masini et Gradenigo. Corradi devait communiquer ses expériences sur la localisation de la perception auditive, Masini exposer ses vues sur les généralités de l'examen fonctionnel, et Gradenigo discuter la valeur des différentes mé-

thodes et les modes de représentation graphique des champs auditifs. Les trois rapporteurs, vu le temps trop restreint qui leur serait concédé pour développer leurs communications, en raison des séances consécutives du Congrès d'Otologie, demandent et obtiennent de l'Assemblée que leurs lectures soient reportées à une réunion ultérieure.

12. DIONISIO. — **Sur les méthodes non sanglantes de traitement des déviations de la cloison et des sténoses nasales.** — Après avoir parlé de la galvano-caustique et de l'électrolyse, D. présente un instrument construit dans le but de diviser par un fil rendu incandescent par l'électricité la muqueuse du cornet inférieur jusqu'à l'os pour pouvoir compléter ensuite son extraction au moyen de la scie et du ciseau d'une façon presque indolore. D. montre après son modèle de scie.

13. BOBONE (San Remo), observa un cas d'angine de Ludwig sur un malade qui ne présentait pas les signes étiologiques ordinaires ; il existait, au contraire, une blennorrhagie uréthrale suraiguë. L'auteur incline à considérer cette angine comme métastatique. L'examen bactériologique du pus retiré en débridant le phlegmon supra-hyoïdien fut négatif.

14. NICOLAÏ. — **Des procédés sanglants dans le traitement des sténoses nasales.** — L'auteur proclame la supériorité des méthodes chirurgicales par rapport à la galvano-caustie et à l'électrolyse.

ARSLAN (Padoue), MASSEI et DAMIENO montrent des boîtes complètes d'instruments pour la sérothérapie.

Le Comité Directeur de la Société est composé de : GRAZZI, *président* ; MASSEI, *vice président* ; MASINI et GRADENIGO, *conseillers* ; FASANO et CORRADI, *secrétaires* ; EGIDI, *trésorier*.

Ont été nommés par acclamation sociétaires honoraires. M. SCHMIDT (Francfort-s.-M.) et SEMON (Londres).

MOZPURGO (Trieste), qui était membre correspondant, devient sociétaire ordinaire, de même que les sociétaires extraordinaires dont les noms suivent : AJELLO (Naples), BIAGGI (Milan) et KOCU

(Rome). Entrent dans la Société comme membres ordinaires ; AVOLEDO, CLERICETTI et DELLA VEDOVA (Milan) ; ARSLAN (Padoue), D'AMATO et FERRERI (Rome) ; FIACCARINI (Pouzzoles), PALAZZOLO (Agira, province de Catane), PUTELLI (Venise) et TROIANO (Naples).

---

ASSOCIATION MÉDICALE BRITANNIQUE

Londres, août 1895 <sup>(1)</sup>.

SECTION D'OTOLOGIE

1. F. CARMALT JONES. — **La turbinotomie dans la surdité et le bourdonnement d'oreille.** — La turbinotomie a été pratiquée par l'auteur dans près de cinq cent cas à l'aide d'une sorte de demi-anneau coupant que l'on introduit derrière le cornet inférieur dont l'extrémité entre dans l'anneau ; en le retirant on emporte au hasard soit la muqueuse seule, soit une partie plus ou moins considérable du cornet osseux. Sur douze cas où la turbinotomie du cornet hypertrophié a été pratiquée pour des affections d'oreille, dans deux cas le résultat a été nul, dans un cas la surdité seule a été un peu améliorée, dans huit cas la surdité et le tintement diminuèrent tous les deux ; enfin, dans un cas de surdité sans tintement il y a eu amélioration.

La douleur est variable, souvent vive après l'opération, l'hémorrhagie constante.

MM. MACNAUGHTON JONES, BRONNER, PITCHARD, CHARLES WARDEN, CRESSWELL BARBER sont d'avis que la turbinotomie est pratiquée beaucoup trop souvent, que le procédé proposé est aveugle et non sans gravité au point de vue de l'hémorrhagie,

(1) D'après le compte rendu du *British med. journal*, 23 novembre 1895.



que le galvanocautère est en général très suffisant, car l'obstruction est due à la muqueuse, non à l'os.

S. SPICER partage la manière de voir de CARMALT JONES.

PEGLER présente des préparations histologiques se rapportant à l'hypertrophie des cornets et compare ces pièces avec d'autres prises sur des cornets à peu près normaux.

2. PROF. GUYE (Amsterdam). — **Une forme non décrite de sensation rotatoire dans les affections du labyrinthe.** — Dans quelques cas de vertige de Ménière typique l'auteur a observé les phénomènes vertigineux suivants : les objets semblent tourner dans la direction des aiguilles d'une montre qui serait placée devant le patient ; ensuite ils tournent autour d'un axe vertical en se dirigeant du côté de l'oreille saine ; lorsque la sensation est faible le patient a tendance à tomber du côté malade ; au contraire, dans une attaque brusque et intense il tend à tomber sur le côté atteint.

L'auteur pense que ce phénomène doit être mis en relation avec l'état des canaux demi-circulaires, que le vertige de Ménière est d'origine labyrinthique et non cérébrale, que l'étude de ces phénomènes ne peut être faite utilement que sur des individus assez intelligents et attentifs pour rendre un compte exact de leurs sensations, car on ne peut pas conclure du sens du mouvement réflexe à la direction de la rotation subjective.

3. DR MACNAUGHTON JONES. — **Un cas de vertige de Ménière et un cas d'hyperesthésie acoustique extrême.** — Le premier cas se rapporte à un homme de 70 ans, déjà sourd d'une oreille, qui fut pris brusquement de surdité avec vertige, bourdonnements, nausées et impossibilité d'écrire lisiblement ; au bout d'un mois tous les phénomènes s'amendèrent très notablement sauf le tintement d'oreille sous l'influence de la pilocarpine associée aux bromures et iodures ; c'est un cas de nature apoplectique, probablement avec hémorrhagie labyrinthique, qu'il faut ranger à côté de l'hémorrhagie cérébrale d'après l'état général de l'individu ; il faut songer dans ces cas au régime qui, chez les congestifs, peut dans une certaine mesure prévenir les accidents.

La seconde observation est celle d'une femme de 53 ans, atteinte d'hyperacousie à la suite d'un accident de voiture avec coup sur la tête ; il y a eu d'abord de la céphalalgie, ensuite une intolérance pour toute une série de bruits et de sons ; la musique lui donnait le vertige, le tic-tac d'une pendule lui semblait ter-

riblement fort, la voix de certaines personnes douloureusement éclatante; ces symptômes finirent par s'amender beaucoup au bout de sept ans. Il y a un rapprochement à faire entre la photophobie dans les affections de la rétine et l'hyperacousie dans celles de l'oreille interne.

4. M. RICHARD LAKE. — **Des rapports de la membrane du tympan et de leur importance en pathologie.** — L'auteur démontre, en présentant des pièces, que la membrane du tympan n'est point indépendante ainsi qu'on l'admet généralement; ses fibres superficielles se continuent avec celles du périoste de la trompe d'Eustache; aussi la myringite n'est primitive qu'en cas de traumatisme, secondaire habituellement, par extension d'une salpingite; d'autre part, lorsque l'otite moyenne s'étend et que l'inflammation envahit le conduit auditif externe, la traînée inflammatoire se fait le long de la paroi postéro-inférieure, tandis que la paroi antérieure est protégée par la couche des fibres périostiques tubo-tympaniques. Les parcelles de cartilage ou d'os que l'on peut rencontrer dans la membrane s'expliquent ainsi.

5. CRESSWELL BABER. — **Un cas de tintement pulsatile objectif.** — Le tintement pulsatile subjectif et objectif (à l'auscultation de l'oreille) a été observé chez une jeune fille de 19 ans, anémique, atteinte de ce phénomène pour la seconde fois. Il y avait en même temps un bruit du diable dans la carotide du côté du tintement, à droite. Le tintement disparaissait lorsque la patiente tournait la tête à droite, ou par la compression légère de la carotide; il augmentait et de pulsatile devenait continu dans la rotation de la tête à gauche. L'examen du sang ayant donné 44 % d'hémoglobine, on institua le traitement ferrugineux qui fit rapidement diminuer les signes tant objectifs que subjectifs; au bout de quelques mois l'ouïe était normale à droite, l'hémoglobine remontée à 66 %. Dans un autre cas il y avait du tintement objectif sans sensation subjective. L'auteur pense qu'il s'agit d'une transmission au rocher du bruit du diable.

6. A. BRONNER. — **Cinq cas d'affections de l'attique traités par l'opération de Stacke modifiée.** — L'incision de Stacke est prolongée jusqu'au-dessus du pavillon de l'oreille que l'on rabat en bas et en avant; une sonde courbe est passée dans l'attique et les cellules par le conduit auditif externe et la paroi du conduit enlevée au ciseau. Les plaies sont maintenues ouvertes et gué-

rissent dans un espace de deux à six mois dans des cas où la suppuration avait duré depuis des années.

7. J. E. SCATLIF. - **De l'emploi du spéculum pneumatique.** -- L'ankylose des osselets est chose fréquente; d'origine rhumatismale, chronique généralement, elle peut avoir pour point de départ un traumatisme; ainsi chez un officier l'auteur a vu la surdité survenir et persister à la suite d'une violente explosion; l'aspiration de l'air de la caisse amena une guérison presque instantanée en rompant probablement quelque adhérence. Dans les cas chroniques la mobilisation pneumatique des osselets, la rupture ou la distension des adhérences donnent un grand nombre d'améliorations et même de guérisons.

M. N. W.

---

III<sup>e</sup> RÉUNION ANNUELLE  
DE LA SOCIÉTÉ NÉERLANDAISE DE LARYNGOLOGIE  
RHINOLOGIE ET OTOLOGIE

Arnheim, 9 juin 1895 (1).

Le Président : Prof. GUYE souhaite la bienvenue aux invités, MM. EEMAN (Gand), REINHARD (Duisbourg), et SCHLEICHER (Anvers).

Sont réélus : Prof. GUYE (Amsterdam), *président* ; Prof. DOYER (Leyde), *trésorier*, et Dr BURGER (Amsterdam), *secrétaire*.

4. J. H. REINTJES. — **Présentation d'un malade, auquel on a retiré une tumeur de l'orifice laryngien.** — Enfant de 10 ans, atteint, en mai 1894, d'une tuméfaction de la moitié droite de la face, qui disparut au mois d'août. En juillet, il respirait si bruyamment qu'on l'entendait dans une pièce voisine de celle où il était. Dysphagie au mois de novembre. Le malade ne souffre pas autrement, mais il est très amaigri.

6 novembre 1894. — Pas de ganglions tuméfiés au cou. En abaissant la langue, on distingue une tumeur rouge qui remplit

(1) D'après le compte rendu du Dr Burger, *Monats. f. Ohrenh.* Janvier et février 1896.

toute la partie pharyngée inférieure. Elle se partage en deux lobes. L'un occupe l'espace compris entre l'épiglotte et la paroi pharyngée postérieure, et dépasse à gauche les replis ary-épiglottiques. Au laryngoscope, on voit le lobe inférieur qui semble pénétrer dans l'œsophage. Pendant la respiration qui est très embarrassée, l'épiglotte anémiée, mais normale, se sépare un peu de la tumeur qui est lisse à la surface, d'un rouge foncé, immobile, molle au palper et saigne facilement.

Vu la courte durée des troubles respiratoires, ainsi que la gêne relativement minime de la respiration, on ne pouvait songer à un siège profond de la tumeur, et je crus qu'elle était située sur le bord droit de l'épiglotte ou sur le repli ary-épiglottique droit. Je pensais à un sarcome.

L'opération fut pratiquée le 12 novembre à l'hôpital évangélique de Nimègue. On fit d'abord la trachéotomie, puis on introduisit une canule de Trendelenburg. L'examen digital était beaucoup facilité par l'anesthésie et l'on put reconnaître que la tumeur était attachée par un petit pédicule au repli ary-épiglottique droit. On ne réussit pas à saisir la tumeur avec un serre-nœud. En essayant de l'attirer avec une pince, on arracha un fragment de la tumeur; un crochet passa au travers. Craignant de violentes hémorragies, je me décidai à retirer la tumeur par morceau et j'adoptai la pharyngotomie sous hyoïdienne, au moyen de laquelle la cavité pharyngienne fut ouverte. Alors je pus enserrer la tumeur avec le serre-nœud et je la détruisis par le galvano-caustique. Je cautérisai l'endroit où la tumeur avait été implantée, et je fermai la plaie par des sutures étagées. Je remplaçai la canule de Trendelenburg par une canule ordinaire. L'alimentation se fit au moyen d'une sonde stomacale introduite à travers le nez. La tumeur, divisée en deux lobes, avait 4 centimètres de long, 3 centimètres de large, 2<sup>c</sup>,5 d'épaisseur et fut diagnostiquée au microscope comme un carcinôme simple.

La canule trachéale fut enlevée le 15 novembre, et le lendemain le malade put avaler du lait. La réaction inflammatoire de la gorge fut modérée; il existait un dépôt blanc sur la face antérieure de l'épiglotte. Le malade nous quitta le 22 novembre. Lorsqu'il revint le 10 décembre, sa figure était tuméfiée, on entendait de nouveau sa respiration, et l'on distinguait entre la base de la langue et l'épiglotte, un gonflement et deux taches blanches (peut-être imputables aux points de la suture moyenne?). Le repli ary-épiglottique gauche était aussi le siège d'une légère

hypertrophie, qui en quatre jours atteignit le volume d'une noisette. On l'a trouvée très amoindrie le 8 janvier dernier. L'épiglotte était encore épaissie et l'espace compris entre celle-ci et la langue obstrué. Le malade vint nous retrouver le 10 février. La tuméfaction du repli ary-épiglottique gauche avait disparu. Les deux replis étaient irréguliers et épaissis, le gonflement devant l'épiglotte avait cessé.

22 avril. — Le malade a bonne mine, mange bien et est gai. Pas de maux de gorge. Seulement il a du cornage s'il est couché sur le côté gauche. Epiglotte normale, penchant un peu à gauche et inclinant en arrière. Rien d'anormal aux points de suture de la tumeur. A gauche on voit quelques replis à la place où après la pharyngotomie l'épiglotte était solidement attachée à la muqueuse.

Il sera toujours malaisé de conserver à l'épiglotte sa position normale. Les gonflements, qu'au début j'avais pris pour une prompte récédive, mais qui, à ma grande surprise, disparurent de nouveau, sont dus vraisemblablement à ce que les sutures de l'étage moyen tendaient à se relâcher.

Comme au bout d'aussi longtemps il ne s'était manifesté aucune récédive, je commençai à douter du diagnostic anatomique. Le Prof. Spronck, d'Utrecht, eut la bonté de pratiquer le second examen de la tumeur, d'où il résulta que c'était un sarcome de structure alvéolaire. On avait l'impression que les alvéoles étaient formées par des cellules endothéliales. Sans doute ce sont des cellules entourées de vaisseaux qui ont proliféré. La tumeur peut être comptée comme un endothéliome ou un sarcome périthéal.

PEL. — Quel est le pronostic de l'auteur ?

REINTJES. — Je ne suis pas absolument tranquille, bien que le pronostic soit plutôt favorable. On trouve dans la littérature des cas de ce genre qui n'ont pas récidivé même chez des enfants.

2. A. C. H. MOLL. — **Présentation de deux malades atteints de tuberculose laryngée.** — Ce malade vint me voir l'an dernier. Il avait toussé durant une année et se plaignait depuis un mois d'enrouement et de troubles de déglutition, qui étaient arrivés à un tel point qu'il ne pouvait plus avaler aucun aliment. Il avait très mauvaise mine. Au laryngoscope on voit l'épiglotte fort gonflée, une infiltration du repli ary-épiglottique droit ; des végétations sur la membrane interaryténoïdienne ; une infiltration des ventricules, surtout à droite. La corde vocale gauche est

normale aussi loin qu'on peut l'observer. Infiltration des sommets avec râles ; les crachats renfermaient des bacilles tuberculeux. Le traitement débuta par l'incision de l'épiglotte et des cautérisations à l'acide lactique pur ; créosote à l'intérieur. Les troubles de la déglutition s'atténuèrent sensiblement, seule l'incision ne guérit pas. On retira à diverses reprises des deux côtés, au moyen de la double curette, des fragments infiltrés. En hiver, le malade entra à l'hôpital. L'amélioration initiale cessa de nouveau. Fièvre, entre 38° et 39° et gêne respiratoire. On fit la trachéotomie en février dernier et l'on recommença les badigeonnages d'acide lactique. L'amélioration est notable ; les troubles de déglutition et l'expectoration ont disparu, la toux a beaucoup diminué, le malade se sent plus fort et se croit guéri. Cette idée est optimiste, ainsi qu'il résulte de l'examen laryngoscopique. Malheureusement, pendant ces derniers jours l'état général a empiré. Quand j'ai présenté le malade à la Société de Médecine de cette ville il y a quelques semaines, tous les membres présents ont pu se convaincre du bon état général. Si le malade surmonte cette aggravation et que le traitement endolaryngien soit insuffisant, j'ai l'intention d'avoir recours à la laryngotomie ou à la laryngectomie.

Le second malade, âgé de 44 ans, vint me trouver il y a quatre mois dans un triste état, amaigri, atteint d'une violente dysphagie, toussant beaucoup, enrôlé et très dyspnéique. Il attribue sa toux à une pleurésie contractée deux ans auparavant à la suite de l'influenza. La raucité subsiste depuis une année, et la dysphagie depuis six mois. Dans le larynx, les replis ary-épiglottiques sont très gonflés. L'épiglotte est ballante, de sorte qu'il est impossible d'apercevoir l'intérieur du larynx. Les sommets sont affectés. Je pratique la trachéotomie. La température, élevée au début, redevient normale en l'espace de quatorze jours. L'état général s'est amélioré ; il a bien meilleure mine, l'aphonie a disparu. La gêne respiratoire n'a pas encore totalement cessé, mais il subsiste une tuméfaction importante du ventricule gauche, empêchant de voir la corde vocale gauche ; la corde droite est saine. Dans ce cas, la trachéotomie a, non seulement enrayé la suffocation, mais elle a exercé une action bienfaisante sur l'affection laryngienne, ainsi que Moritz Schmidt l'a observé en semblable occasion. A mon avis, une maladie pulmonaire pas trop étendue ne doit pas faire rejeter la trachéotomie.

KROL. — Pour le premier malade, l'auteur a dit qu'il se réservait de recourir ultérieurement à la laryngectomie. Mais je re-

marque qu'il existe une affection pulmonaire avancée des deux côtés. Je considère l'affection laryngée comme indubitablement secondaire et ne considère pas l'extirpation du larynx comme appropriée.

MOLL. — Je regarde aussi la tuberculose laryngée comme secondaire, mais nous devons nous placer à un point de vue chirurgical. Fréquemment, dans les tuberculoses articulaires ou osseuses les poumons sont atteints, sans que l'on soit autorisé à ne pas traiter chirurgicalement la tuberculose locale. Le larynx doit être considéré comme un membre malade. L'affection pulmonaire ne fournirait une contre-indication qu'au cas où le malade serait dans l'impossibilité de supporter l'intervention.

PEL. — Si je considère ce malade au point de vue de la clinique générale, son aspect maladif, sa pâleur, sa maigreur, son pouls extraordinairement faible ne me font pas douter un seul instant de l'existence d'une véritable dyscrasie tuberculeuse. Je ne crois pas que le malade soit en état de résister à une opération. La comparaison avec la tuberculose chirurgicale est insoutenable, car ici la dyscrasie générale est l'affection principale.

MOLL. — Si l'on compare l'état misérable du malade autrefois, avec sa mine après le traitement, l'heureux résultat de ce dernier est certain. Ceci démontre que l'affection pulmonaire ne doit pas faire repousser une intervention locale. Par malheur, ainsi que je l'ai déjà dit, durant ces jours derniers le malade ne s'est pas trouvé aussi bien qu'auparavant.

BRONGEST. — Je crois aussi qu'il faut toujours agir chirurgicalement dans la tuberculose laryngée qui provoque d'atroces souffrances et que l'intervention énergique est un devoir.

BURGER. — Il me semble que, même au point de vue chirurgical, la laryngectomie ne serait pas indiquée chez ce malade. Le chirurgien doit se faire une idée exacte de ce qu'il obtiendra par l'opération, qui, non seulement est très dangereuse, mais peut aussi même, si elle réussit, rendre le malade invalide. Le port d'un larynx artificiel n'est pas à souhaiter. A mon avis, la laryngectomie ne doit être pratiquée que lorsque l'on espère obtenir une guérison complète, et je m'associe à l'opinion de Kroll qui regarde l'affection pulmonaire étendue comme une contre-indication absolue.

MOLL. — Je ne pense pas non plus à cette opération. On soulerait plutôt à une laryngectomie partielle.

### 3. C. REINHARD. — Deux malades opérés par la méthode de



**Panse-Körner.** — Je me permets de vous présenter deux malades qui souffraient d'otite moyenne chronique accompagnée de carie, de perforation de la partie supérieure de la membrane de Shrapnell et de granulations pénétrantes. Comme de nombreux modes de traitement avaient été essayés je me décidai au dégauchement définitif des cavités de l'oreille moyenne.

La peau fut incisée directement jusqu'à l'os, parallèlement au pavillon de l'oreille, à un travers de doigt en avant du bord supérieur, de sorte que la conque pouvait être rabattue en avant, surtout après que l'on eut relevé la paroi cutanée supérieure et postérieure du conduit auditif et que ce dernier fut attiré en avant comme un entonnoir ; je laisse en place et assujettis la paroi antérieure et inférieure du conduit auditif cutané afin d'éviter les sténoses artificielles du méat auditif externe. J'ai à présent sous les yeux le conduit auditif osseux comme sur le squelette, et observe sous la lumière directe la membrane tympanique, la perforation, les granulations et le reste du marteau. La paroi osseuse postérieure du conduit auditif est retirée de l'extérieur à l'intérieur (Stacke est actuellement le seul qui opère de l'intérieur à l'extérieur) jusqu'à l'antre, ce qui demande, surtout pour enlever les parties moyennes, la même prudence pour garantir des blessures de la paroi médiane de la caisse, ou du nerf facial, ou des canaux semi-circulaires ; par l'emploi d'une sonde d'argent recourbée à angle droit ou du protecteur de Stacke on évite les blessures accessoires ; le principal est de bien éclairer le champ opératoire, qui, à cette profondeur, est déjà fort obscur ; on extirpera aussi la paroi osseuse, c'est-à-dire la paroi latérale osseuse de l'attique, les restes de la membrane du tympan et les osselets peuvent alors être saisis avec la pince, et l'on se servira de la curette pour enlever les granulations et l'épaisse sécrétion en protégeant autant que possible ce qui subsiste de la muqueuse. L'extraction de la paroi postérieure et d'une partie de la paroi supérieure du conduit auditif et de la paroi osseuse, convertit le conduit auditif, la caisse, l'attique, l'aditus, l'antre et les cellules mastoïdiennes ouvertes en une cavité unique, que vous reconnaîtrez aussi bien sur cette préparation que sur les deux malades. Dans nos cas, seules quelques cellules mastoïdiennes renfermaient des granulations.

Il reste encore à former le lambeau, ainsi que le font Panse et Körner pour l'occlusion primitive de la plaie opératoire. Ce lambeau sera pris dans la paroi cutanée postérieure du conduit



auditif par deux incisions horizontales parallèles, de façon que la base du lambeau se trouve dans la conque. Les incisions aboutissant à l'extérieur à l'orifice externe de l'oreille, élargissent ce dernier. Le lambeau sera appliqué par le tamponnement à la paroi postérieure de la cavité nouvellement créée et l'ouverture rétro-auriculaire sera suturée. Le traitement consécutif s'effectuera par le conduit auditif externe, et se trouve grandement facilité par l'élargissement de l'ouverture extérieure. Il doit tendre à l'épidermisation des parois de la cavité par l'absence du retour des granulations.

Jusqu'ici j'ai opéré par ce procédé douze malades, et j'ai été très satisfait du résultat. J'ai, il est vrai, une mesure très restreinte par le choix des cas. Je ferme le cholestéatome en avant dans la crainte de récidives certaines. Au cours de l'opération on observe des différences. S'il existe une carie circonscrite des osselets ou de la paroi osseuse, je réunis par première intention ; on sera très circonspect dans la carie de la paroi médiane de la caisse ; j'ai dû pratiquer la réouverture dans un cas où la carie de la paroi médiane se prolongeait sous une pseudo-épidermisation, et dans lequel, par le conduit auditif, je n'obtenais pas le résultat désiré.

Les avantages de la formation du lambeau par le procédé Panse-Körner, sont la brièveté du traitement consécutif, l'épidermisation de la cavité s'effectuant par quatre bords de la plaie, et les effets cosmétiques.

4. A. C. H. MOLL. — Deux malades opérés par la méthode de Zaufal. — Après la description du précédent auteur, je puis supprimer une partie de ma communication. Je me bornerai à la différenciation qui porte surtout sur la plastique. Je ne m'étendrai pas sur les avantages de celle-ci et je crois que fréquemment, lorsque la peau n'est pas intacte, comme dans mon cas, cette peau ne devra pas être employée. La conservation de la peau compliquera l'opération, surtout chez les enfants dont le conduit auditif est étroit. Il faut aussi, dans des cas nombreux, atteindre les parties profondes pour pouvoir éventuellement dans la suite râcler ou cautériser les granulations. Il existe déjà une grande propension au retrécissement. Toutefois, c'est très beau de pouvoir guérir la plaie en dix jours ; mais cela n'arrive qu'exceptionnellement. Quand, suivant la description de Zaufal, et comme je l'ai fait moi-même précédemment, l'on retire simplement la portion cutanée de la paroi su-

péro-postérieure du conduit auditif, on obtient instantanément une vaste cavité, la paroi antérieure demeure intacte et l'épidermisation s'effectue ultérieurement très bien. Je commence toujours par détacher le marteau à travers le conduit auditif intact, de manière que cette opération subtile ne soit pas entravée par des hémorrhagies successives. Ensuite, je pratique une large incision sur l'apophyse mastoïde et une seconde à angle droit en avant, une troisième en arrière, s'il est nécessaire, afin que la totalité du plan incliné soit dégagée par l'ouverture du conduit auditif.

Alors on introduit dans le conduit auditif une canule élastique et on sectionne la paroi cutanée par derrière, puis, à l'aide d'un couteau, on pratique à travers la plaie deux incisions parallèles horizontales dans la paroi supéro-postérieure. Ce fragment est ensuite gratté. A ce moment on ouvre l'antre au point classique, et, par cette ouverture, on enfonce une sonde dans l'aditus ad antrum. L'antre est ainsi ouvert de l'extérieur à l'intérieur. En dernier lieu on enlève la paroi latérale de l'attique et toute la paroi supérieure du conduit auditif, ce qui entraîne aussi l'enclume au cas où elle subsiste encore ; puis la paroi osseuse de la portion postérieure du conduit auditif, en préservant le fragment contenant le facial. La cavité est supprimée, irriguée à l'eau stérilisée et tamponnée avec de la gaze iodoformée, en partie par la plaie, en partie par le conduit.

La première malade, une jeune fille, a été opérée l'année passée. Elle avait de violents maux de tête et une otorrhée chronique. La cavité est guérie. La céphalée qui avait disparu complètement après l'opération a reparu lorsque la malade a repris ses occupations, mais moins fortement qu'auparavant. Après l'opération, il resta une petite partie de la membrane tympanique, le marteau était carié, l'enclume existait ; l'antre était bourré de granulations.

La seconde malade, une enfant, me fut amenée dans un triste état. Le conduit auditif regorgeait de pus. Tuméfaction derrière l'oreille. Si l'on appuie, la tuméfaction s'écoule comme une traînée. Le conduit auditif n'était pas terminé et perforé ; mauvaise peau pour une plastique ! Il ne subsistait qu'un fragment de la membrane tympanique ; les osselets étaient conservés, mais le marteau tronqué et carié. Les plaies sont guéries aujourd'hui, et à travers l'ouverture normale du conduit auditif, l'on voit que la paroi postérieure osseuse du conduit auditif manque, et le regard pénètre dans les cellules mastoïdiennes, l'antre, l'attique,

tout cela recouvert d'épiderme. Le pouvoir auditif est encore de 1 mètre pour la voix chuchotée, et de 2 millimètres pour la conversation.

REINHARD. — Je ne comprends pas à quoi sert de rejeter l'épiderme, ce bien précieux, au lieu de s'en servir.

BURGER. — De quelle manière M. Reinhard fait-il le traitement consécutif dans la plupart des cas où la plaie n'est pas réunie par première intention ?

REINHARD. — Je maintiens la plaie ouverte jusqu'à la formation dans le fond de granulations saines. Seulement après je laisse l'ouverture rétro auriculaire se fermer. Dans le cholestéatome je forme, par un lambeau pris sur la tête, une ouverture rétro auriculaire permanente, en raison de la récurrence certaine. Pour des raisons cosmétiques, on s'élève beaucoup contre l'ouverture permanente. Surtout chez les individus qui ne peuvent se soigner régulièrement, il faudra maintenir l'ouverture permanente.

5. H. VAN ANROOY. — **Guérison d'un cas de tuberculose laryngée primitive.** — Le malade que j'avais l'intention de vous présenter, mais qui en a été inopinément empêché, est un homme de 37 ans, qui, depuis la fin de 1893, a eu par moments la voix voilée. L'enrouement augmentant, il vint me trouver en février 1894. Je trouvai dans le larynx, outre une rougeur diffuse des cordes vocales, une petite ulcération sur le ventricule droit légèrement tuméfié, devant le cartilage thyroïde. En dehors de la raucité aucune infirmité. L'état général est bon. Pas de maladies graves antérieures. Il toussait fort peu, ne crachait pas. Poumons sains, à des examens répétés. Pas de bacilles dans les crachats, ni de traces de syphilis ancienne ou manifeste ; aussi le traitement ioduré ne donna-t-il aucun résultat. En raison de circonstances particulières, ce n'est qu'au mois de mai que le malade se soumit à un traitement local. L'affection laryngée avait beaucoup progressé. L'ulcération atteignait la région aryténoïdienne droite gonflée, et s'étendait en avant sur le ventricule. Le malade souffrait de troubles de déglutition, et, par intervalles, de douleurs dans l'oreille droite. J'enlevai avec la curette les bords granuleux de l'ulcération de la région aryténoïdienne droite et adressai les fragments au Prof. Siegenbeck van Heukelom, de Leyde, qui me communiqua le diagnostic microscopique certain de la *tuberculose*. Le traitement consécutif consista en curettages suivis de frictions à l'acide lactique pur. Je regrette de ne pouvoir vous démontrer ici les effets

extraordinaires de cette médication. Les ulcérations sont complètement cicatrisées. Seulement, à la suite de ces cicatrices, la surface du ventricule droit est un peu inégale. Pas trace d'inflammation ou d'infiltration. La voix qui était très couverte en mai 1894, n'est plus que faiblement voilée ; les mouvements des cordes vocales sont normaux. Je puis ajouter que le malade n'a pu préserver sa voix, et que ceci est cause de la lenteur de la guérison qui n'a été totale qu'à la fin d'octobre.

6. SCHLEICHER. — **Présentation d'un manche galvano-caustique avec rhéostat.** — (Voir compte rendu de la Société Oto-laryngologique belge. *Annales*, n° de septembre 1895).

7. A. SIKKEL. — a. **Moulage en plâtre du maxillaire supérieur dans un cas d'obstruction nasale.** — La pièce provient d'un enfant de 14 ans ayant toujours souffert d'obstruction nasale et chez lequel S. avait extrait des végétations adénoïdes. Le moulage présente les déformations connues : voussure gothique de la voûte palatine (très prononcée), l'arc alvéolaire avançant vers la ligne médiane, de sorte que les incisives moyennes forment un angle aigu et que les parties latérales de l'arc s'abaissent par suite de la pression des joues lorsque la bouche est ouverte. Le point intéressant de ce cas est la situation des deux incisives latérales. La gauche manque complètement, et il ne reste plus qu'un fragment atrophié de la droite. Je rappellerai ici que le Prof. Rosenberg a attiré alors l'attention sur la disparition des incisives latérales qu'il regarde comme un signe d'évolution. Comme ces dents sont plus disposées que les autres à abandonner la mâchoire, il faut admettre, que lorsque l'espace est limité, ainsi que cela se produit dans les modifications de formes consécutives aux troubles de développement, ce sont surtout ces dents qui souffrent. Ce moulage sur lequel une incisive fait défaut et l'autre est atrophiée, démontre cette possibilité.

Je vous présente un dessin reproduisant le maxillaire supérieur d'une fillette de 13 ans dont les deux incisives latérales sont fortement atrophiées.

Je n'ai trouvé nulle part de description de cette anomalie parmi les suites des modifications de formes du maxillaire supérieur.

b. **Deux cas de rhinolithé.** — Un des cas concerne une jeune fille de 17 ans à laquelle on enleva une petite pierre qui fut re-

connue ultérieurement pour un noyau de cerise ; tandis que l'autre rhinolith, retiré chez une jeune fille de 21 ans, ne contenait pas de corps étranger, et fut considéré comme un rhinolith véritable. Tous deux siégeaient à droite.

c. **Corps étranger du larynx.** — Homme se plaignant d'une arête fichée dans la gorge en mangeant de la morue. Au premier examen S. ne vit qu'un petit point sanguin sur l'amygdale gauche ; rien au larynx. Par un examen plus attentif on découvre sur la paroi latérale gauche, sur le sillon pyriforme, une petite rayure de  $3/4$  de centimètre de long. Lorsque l'auteur introduisit la sonde sur l'amygdale près du point sanguin, il pénétra à plusieurs centimètres de profondeur sans rien rencontrer. Au moyen de la sonde recourbée, S. s'assura que la strie blanche était proéminente et adhérait à la paroi. Cette parcelle fut saisie avec la pince de Schrötter, l'on imprima un mouvement en arrière et l'arête longue de 4<sup>cm</sup>,5 fut extraite. Je rapporte cette observation pour démontrer comment des corps étrangers importants pénètrent violemment et disparaissent presque complètement dans le tissu. Si une petite partie de l'arête n'avait pas transpercé la paroi laryngienne l'extraction eût été des plus malaisée.

d. **Fibrôme nasal congénital.** — Enfant de quatre ans, atteint d'une assez grosse tumeur congénitale, porte sur le nez une tumeur molle siégeant surtout sur l'aile nasale droite, recouvrant aussi une partie du dos du nez, très molle et de la dimension d'un ovule de serin, qui n'a pas augmenté de volume. Par la rhinoscopie antérieure on voit la muqueuse nasale très gonflée. On retire la tumeur au moyen d'une incision, le trou est tamponné et la plaie suturée. Guérison en quelques jours. Au bout de quatre mois la forme du nez est redevenue à peu près normale. Au microscope on reconnaît la tumeur pour un fibrôme renfermant peu de noyaux et beaucoup de tissu cicatriciel. Présentation de la tumeur, de la préparation microscopique et des photographies de l'enfant avant et après l'opération.

8. H. ZWAARDEMAKER. — a. **Sur l'otoscope de Toynbee.** — Il fait remarquer que d'habitude les otoscopes sont fabriqués avec des matières conduisant très mal le son, de sorte que la conduction du son à travers la paroi est presque impossible. C'est l'air qui transmet le son. Aussi la dimension de l'orifice éclairant a-t-elle une importance capitale. Pour le démontrer l'auteur rapporte une expérience où la durée de l'audition d'un diapason C<sup>2</sup> sur

un sol résonnant a été mesurée au moyen d'otoscope large et étroit.

La durée a été de 63 et de 53 secondes. Il faut donc choisir un orifice s'adaptant au conduit auditif externe. Généralement on en prendra un ayant 6 millimètres de diamètre qui devra être cylindrique, même dans la portion auriculaire, qui est d'habitude plus petite comme dans la sonde de caoutchouc. Lorsque l'otoscope est fixé on n'observe que de légères courbes. Le malade devra maintenir l'instrument dirigé en arrière et en bas. Le médecin l'enfoncera assez profondément dans l'oreille. Ceci n'est possible que lorsque la paroi est mince. Alors l'otoscope se place de lui même dans le conduit auditif.

Z. nie la résonnance par suite de l'introduction de l'otoscope. Les deux extrémités de la trompe étant obturées par une membrane tympanique, dans tous les cas il se formera aux bouts des boursofflures et au milieu un nodule. Avec un otoscope long de 85 centimètres les ondes sonores de l'instrument atteindront 170 centimètres, le total des oscillations sera de 195 oscillations doubles. Il est rare de rencontrer des tons aussi profonds.

Dans l'otoscope, contrairement au stéthoscope, la conduction par la paroi manque, aussi il est inutile d'employer un otoscope bi-auriculaire qui, en raison de l'incommodité de son maniement, n'augmenterait pas la conduction osseuse du côté opposé et aurait seulement l'avantage de faire entendre bilatéralement.

BRONDGEEST. — L'ouverture de l'orifice est toujours moindre que la fente de la sonde.

ZWAARDEMAKER. — L'olive doit avoir 6 millimètres de diamètre et il faut que la paroi ait peu d'épaisseur.

SIKKEL. — L'auteur a-t-il aussi mesuré la durée des oscillations du diapason des pressions vives et lentes ? Le choc n'est pas toujours constant avec le diapason de Lucae. Vu le peu de différence dont il s'agit il faut prendre en considération cette irrégularité.

ZWAARDEMAKER. — Le diapason de Lucae n'est pas absolument fixe, lorsqu'on le fait osciller longuement. Mais ces expériences ont été faites l'une après l'autre de sorte que le diapason se trouve toujours dans la même situation. Pour frapper on ne serre pas le marteau sur la fourche, mais on fait un arrêt à l'endroit où le marteau tombe. Ce fait ne doit donc pas être pris en considération au point de vue des divergences observées. Les circonstances techniques peuvent beaucoup moins que les psychiques être une source de différences. J'ai souvent songé à décrire les divergences de l'ouïe individuelle.

GUYE. — La sonde est ordinairement très mal reliée aux fragments de l'oreille, par exemple au moyen d'un morceau intermédiaire ne dépassant pas deux à trois millimètres. Cette parcelle intermédiaire doit être supprimée.

b. **Sur le pouvoir auditif nécessaire pour téléphoner avec les appareils de l'État.** — En examinant le pouvoir auditif des employés des Postes et Télégraphes, je recherchai celui qui suffit à téléphoner avec les appareils ordinaires pour le service municipal. On vit qu'avec un pouvoir auditif de un mètre pour le chuchotement on ne percevait au téléphone que quelques mots ; qu'avec 1<sup>m</sup>,5, il manquait toute une partie de formulaire. A deux mètres on entendait la plupart des mots, mais sans en saisir le sens. C'est seulement à 4 mètres qu'une formule (la description du cours des fleuves hollandais) fut répétée avec une grande attention. Un individu entendant à 6 mètres de distance éprouvait encore de la difficulté tandis que des gens dont l'ouïe atteignait 7 mètres pouvaient suivre facilement et vite des conversations.

GUYE. — On remarquera que pour le public l'oreille gauche est la plus importante au téléphone, tandis que les employés de la station centrale téléphonent plutôt avec l'oreille droite qui doit donc être meilleure que l'autre.

MOLL. — L'examen a-t-il aussi porté sur l'influence néfaste du téléphone sur l'audition ?

ZWAARDEMAKER. — Non. On trouve des exemples de ce genre dans la littérature. Chez nous on n'en a pas encore observé chez les employés supérieurs, mais il est certain que le téléphone et surtout le service téléphonique influencent le système nerveux et prédisposent à la neurasthénie.

c. **Quelques rares champs auditifs.** — D'abord Z. montre trois champs auditifs provenant de malades atteints de fractures de la base du crâne. Pour comparer on fait voir des cas de surdité labyrinthique consécutifs à la syphilis et à la parotite. Champs auditifs de scléroses, d'empoisonnement par la quinine, complication de la sclérose et de surdité labyrinthique par tir d'artillerie. Le dernier champ auditif vient d'un cas de rétinite pigmentée, affection héréditaire. Puis une surdité prononcée d'une forme particulière. La limite inférieure de l'échelle des sons est bilatéralement le mi-<sup>2</sup> (20 oscillations doubles), la limite supérieure le la dièze<sup>1</sup>, à gauche la ♭. De plus, le pouvoir auditif a sensiblement baissé pour tous les sons. Le champ au-



ditif a une surface au tiers de la normale à droite et au quart à gauche.

Ce cas fournit à l'auteur l'occasion de relever l'analogie existant entre l'héméralopie et la paracousie de Willis. Dans les deux cas, la fonction diminue lorsque la lumière faiblit ainsi que le son alentour ; la fonction s'améliore quand la lumière et le son reprennent. Dans les deux cas troubles de la nutrition à la périphérie du visage et champ auditif, produit par la pigmentation de la rétine et la perte des sons élevés dans la paracousie.

Finalement, l'auteur montre deux champs auditifs provenant de surdité labyrinthique. Un de ces champs présente une anomalie juste au point élevé du ton produit par les bourdonnements d'oreille du malade. Il s'agit ici d'un relèvement complet de la fraction uni à une excitation persistante interne.

GUYE. — La comparaison de la paracousie avec l'héméralopie est intéressante parce que je suis étonné que la première provienne de l'acoustique et n'ait rien à faire avec les osselets.

9. A. A. G. GUYE. — **Sur une sensation compressive particulière non encore décrite dans une affection labyrinthique** (1). — G. a récemment observé un cas de maladie de Ménière et de surdité gauche chez un homme de 47 ans. L'oreille moyenne était normale. Pendant l'accès le malade voyait très distinctement ce qui l'environnait, par exemple le mouvement des aiguilles d'une montre tenue devant lui. Ensuite, au bout d'un instant, il voit tout s'envoler à droite, et il ressent un malaise et vomit ; s'il ne se couche pas aussitôt il tombe.

Les sensations compressives au cours de la maladie de Ménière sont d'ordinaire de deux sortes. La plus fréquente est la sensation de compression autour d'un axe vertical, et surtout ainsi que G. l'a démontré en 1879, du côté de l'oreille affectée. Celle-ci cède à l'excitation des ampoules du canal semi-circulaire horizontal. La seconde sensation compressive se produit en avant et en arrière. La troisième, qui est la plus rare, est la compression de tout ce qui lui passe devant les yeux comme une roue ou les aiguilles d'une montre. Les faces des deux canaux semi-circulaires verticaux traversent l'horizontale non dans un sens sagittal ou frontal, mais en biais. Le canal semi-circulaire gauche forme un axe passant à travers l'œil droit et l'apophyse mastoïde gauche. Ce canal suit parallèlement le canal semi-circulaire postérieur de l'oreille droite. L'axe formé par les

(1) A paru in extenso dans le *Brit. med. journ.*, 23 novembre 1895.



canaux semi-circulaires supérieur droit et postérieur gauche, traverse l'œil gauche et l'apophyse mastoïde droite. Une légère sensation compressive dans ces deux paires de canaux coordonnés pourrait être éveillée par la sensation de pression des objets tels que les aiguilles de la montre tenue soit à droite soit à gauche du malade. Les sensations compressives provoquées par ces canaux pourraient rappeler les chutes en avant ou en arrière même si l'axe était non transversal, mais plus ou moins incliné à droite ou à gauche.

TEN SIETHOFF. — J'ai soigné un neurasthénique dont l'oreille était absolument normale, qui, à chaque migraine, ressentait une compression semblable. Une autre malade atteinte d'un léger catarrhe de l'oreille moyenne souffrait de maladie de Ménière et expliquait d'une façon analogue ses sensations. Cette malade était affectée d'une tuméfaction de la muqueuse de l'extrémité postérieure du cornet inférieur. La cocaïnisation de ce dernier fit disparaître le vertige. Depuis l'amputation des extrémités postérieures des cornets les symptômes de maladie de Ménière n'ont pu reparu. J'incline à croire dans ces deux cas que le vertige était d'origine nerveuse, plutôt que labyrinthique.

GUYE. — En effet, chez beaucoup de malades atteints de maladie de Ménière, les souffrances sont en partie nerveuses. Mais nous devons nous garder d'envisager trop vite ces douleurs comme neurasthéniques. Je crois que chez la seconde malade il a plus y avoir un trouble passager (hyperémie) du canal semi-circulaire provoquant le vertige.

BURGER. — Les sensations décrites sont très intéressantes mais leur relation avec l'affection du canal semi-circulaire est encore hypothétique. Cette question ne sera élucidée que de deux manières : par l'obduction et par l'expérimentation.

GUYE. — Sans doute la question a un caractère d'hypothèse. Aussi est-il à désirer que l'on fasse attention à ces cas. Mon malade était entièrement sourd d'une oreille.

ZWAARDEMAKER. — Je désirerais attirer l'attention sur deux méthodes d'expérimentation très simples, d'abord sur l'appareil employé par Kreidl pour ses recherches sur le labyrinthe des sourds-muets, le tabouret de piano ordinaire sur lequel on fait tourner le malade, ou la chaise à bascule.

10. A. C. H. MOLL. — **Traitement des affections aiguës des annexes du nez** (1). — Je parle à dessein des affections des sinus

(1) Publié dans la *Revue de laryngol.* etc. N° 16, 1895.

en général, sans faire de distinctions, ce que je considère souvent comme impraticable dans les inflammations aiguës. C'est également inutile au point de vue du traitement. On sait qu'au cours d'un catarrhe aigu il peut se produire une oblitération des orifices des sinus. Les suites qui peuvent en résulter se manifestent par des névralgies, sensation de pesanteur, etc., manifestations disparaissant ordinairement sans traitement. Mais j'ai remarqué que dans de nombreux cas de rhinites de l'influenza, ces accidents persistaient. J'appliquai alors de la cocaïne ou du menthol, mais souvent sans succès. J'ai usé ainsi, d'après Hartmann, de la douche d'air de Politzer alternativement avec ou sans résultat. J'avoue que je le faisais à contre-cœur. Ce traitement est-il donc sûrement incertain ? Après avoir vu survenir une otite moyenne post (propter ?) hoc j'ai renoncé à ce procédé. Je regarde comme peu pratique toute méthode agissant par la compression des sinus. Le premier effet de la compression par les sinus ayant un orifice étroit comme le sinus frontal est l'obstruction. Pour les cavités s'ouvrant dans le nez sans canal (sinus maxillaire et sphénoïdal) ce fait ne se produit pas toujours. Alors l'air pourra aussi rétablir l'équilibre aérostatique, les heureux résultats de l'emploi du procédé de Politzer s'expliquent d'abord par l'établissement de l'équilibre aérostatique, et ensuite parce que la compression de l'air le long des orifices des sinus dans les cavités provoquer a une légère pression. L'aspiration est la force agissante.

Si l'on ferme le nez et la bouche et qu'on élève la cage thoracique, il se produit dans toutes les cavités correspondantes une pression négative, que j'ai mesurée sur un malade dont j'avais perforé l'alvéole pour un empyème du sinus maxillaire ; elle atteignait 45 millimètres.

Herzfeld a recommandé de boucher le trou nasal et de chasser avec force l'air à l'extérieur de l'autre côté. Ici le courant aérien diminue la pression dans les sinus. Mais je crois que dans les cas d'hypertrophie de la muqueuse, on n'obtient pas par ce moyen un fort courant aérien.

Je citerai comme exemple une jeune fille atteinte de l'influenza à la fin de janvier. Vives douleurs dans l'oreille gauche, la région temporale gauche autour de l'œil et dans l'os zygomatique. Elle vient me trouver le 5 février ; l'oreille est normale, mais le nez, et surtout le cornet moyen, est tuméfié et l'hiatus contient du pus. Par l'éclairage, ombre sous l'œil gauche, sensation subjective de lumière seulement à droite. Je fais fermer à

plusieurs reprises le nez et la bouche et dilater la cage thoracique. Le nez renferme plus de pus et la douleur de la région temporale a notablement diminué. Je lui recommandai de se soigner toutes les deux heures. Le soir la douleur avait disparu, et lorsque je l'examinai le 12 février, elle était totalement guérie subjectivement et percevait la lumière des deux côtés. Dans une occasion analogue, ayant expérimenté sur moi-même, j'ai été étonné du résultat. La souffrance reparait, mais d'une façon supportable, et au bout de deux jours elle s'évanouit.

REINHARD. — Je demanderai à l'auteur si, au cours de ses recherches sur les sinus, il a rencontré les collections liquides séreuses que Nollenius dit avoir fréquemment trouvées dans le sinus maxillaire. Je n'ai jamais vu cette affection lors de la ponction exploratrice que j'ai souvent effectuée.

MOLL. — Je n'ai jamais observé d'exsudat séreux. Mais dans les inflammations aiguës je ne fais pas de ponction exploratrice

BURGER. — J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt le Dr Moll dire qu'il avait souvent rencontré des affections des sinus dans la rhinite aiguë et qu'elles guérissaient. A la suite de l'influenza j'ai vu guérir récemment spontanément plusieurs cas de suppurations aiguës des sinus. Je dois ajouter que l'éclairage à une grande valeur diagnostique pour ces suppurations de l'antre d'Highmore. Un malade vint nous voir pour une rhinite aiguë et des douleurs hémi-faciales. A l'éclairage cette moitié du visage demeure sombre tandis que l'autre est transparente. Dans ces cas j'ordonne de fréquentes pulvérisations nasales. En peu de jours la suppuration et les souffrances disparaissent et l'éclairage illumine le côté malade jusqu'au moment où la symétrie complète apparaît. Alors on sera certain qu'il s'agit d'une suppuration unilatérale de l'antre d'Highmore.

MOLL. — J'avoue que la guérison peut se produire spontanément. Mais j'ai vu des cas où elle se faisait attendre plusieurs semaines et ne survenait que par les aspirations. La sensation de pression disparaît aussi par ce moyen.

11. P. Q. BRONDGEEST. — **Traitement du lupus et de la tuberculose du larynx aux périodes avancées.** — Se basant sur quelques observations, B. croit qu'il faut agir énergiquement et qu'il est indiqué après la laryngotomie de détruire les parties malades, au thermo-cautère. On aura recours à ce procédé quand le traitement endo laryngé échouera.

Pour le lupus qui attaque si souvent l'épiglotte on enlèvera d'abord totalement celui-ci par la pharyngotomie sous hyoïdienne, si l'intérieur du larynx est affecté, on pratiquera ultérieurement la laryngotomie. En terminant B. demande jusqu'où l'on devra exciser le tissu malade par la laryngo-fissure dans la tuberculose laryngée incipiente.

La discussion est ajournée à la prochaine réunion.

---

#### BIBLIOGRAPHIE

---

**Traité de chirurgie cérébrale**, par A. BROCA et P. MAUBRAC (1 vol. in 8° de 586 pages avec 72 figures, Paris, Masson et C<sup>ie</sup>, 1896).

Ce livre mérite à tous égards la lecture : c'est la mise au point complète de l'état actuel d'une question passionnante, la chirurgie du système nerveux, qui témoigne des audaces heureuses des opérateurs modernes ; et ce qu'aurait d'obscur l'exposé des controverses, qui, sur cette question, nous apportent les affirmations les plus opposées, est singulièrement éclairci par la critique qu'en font les auteurs, en s'appuyant sur leur expérience personnelle.

Un tiers de l'ouvrage est consacré à l'étude de complications cérébrales et cérébelleuses d'origine otique ; chaque jour, en effet, un progrès nouveau accroît l'importance de l'oreille, et il n'est plus exagéré de dire que « les suppurations auriculaires sont la cause la plus fréquente des abcès encéphaliques : elles engendrent presque tous ceux qui ne relèvent pas d'une origine traumatique ».

B. et M. admettent trois espèces de complications intra-crâniennes d'origine otique : 1° la méningite ; 2° la phlébite des sinus ; 3° les abcès extra-duraux cérébraux et cérébelleux.

Dans tous les cas, quelle que soit la complication crânienne observée, il faut, avant tout, ouvrir les cavités de l'oreille moyenne par un large évidement qui mette à découvert la caisse du tympan et l'antra mastoïdien. Cette première étape de l'intervention suffit souvent à arrêter l'évolution d'accidents cérébraux. Si non, il faut aller de l'avant sans attendre plus de deux ou trois jours. La

méningite ne contr'indique pas absolument l'ouverture du crâne, car, si celle-ci n'améliore pas la méningite diffuse aiguë, elle ne l'aggrave en rien ; et s'il s'agit de méningite subaiguë localisée, elle peut procurer la guérison.

La phlébite du sinus latéral, presque toujours mortelle quand elle est abandonnée à elle-même, guérit 20 fois sur 28 cas (Mac Ewen) si l'on intervient à temps, en liant la jugulaire interne au cou, au-dessous des caillots si possible ; en trépanant ensuite l'apophyse et la caisse ; en découvrant, incisant et désinfectant le sinus. Une irrigation de la cavité osseuse et du bout supérieur de la jugulaire, un tamponnement serré du sinus à la gaze iodoformée terminent l'opération.

Quant aux abcès cérébraux et cérébelleux, il les faut aborder par la voie mastoïdienne déjà antérieurement ouverte : si l'ouverture est un peu plus difficile par cette voie que la trépanation en un autre point du crâne, en revanche elle mène plus sûrement sur l'abcès et permet, chemin faisant, de supprimer les lésions auriculaires qui ont déterminé la suppuration intra-crânienne et l'entretiennent.

M. LERMOYER.

#### **La sérumthérapie et le tubage du larynx dans les croupes diphthériques, par le Dr CHAILLOU (Thèse, Paris 1895).**

L'auteur retrace d'abord l'histoire du tubage ou mieux intubation du larynx, dont les grands noms restent Bouchut et O'Dwyer.

Puis il décrit les tubes d'O'Dwyer couramment employés, avec les modifications apportées par Ferroud.

A l'extrémité de l'introducteur adhère par un écrou le mandrin du tube, qu'on déclanche par une simple pression du pouce.

L'extracteur est terminé par deux branches parallèles, qui, en s'écartant, prennent solide point d'appui sur l'intérieur du tube.

Tous ces instruments, y compris l'ouvre-bouche, sont facilement démontables et stérilisables.

Le manuel opératoire comprend la mise en place de l'ouvre-bouche qu'on ouvre largement, et qui tient de lui-même ; puis la recherche des points de repère avec l'index gauche, ce sont l'épiglotte qu'il faut maintenir relevée, et les saillies des deux aryténoïdes ; enfin l'introduction du tube sur l'index (face antérieure) et son déclanchement d'un coup de pouce ; le tube placé,

on entend un sifflement caractéristique ; on doit alors retirer aussitôt le fil.

Le tubage ne doit avoir qu'une durée de 10 à 15 secondes par séance ; les suites en sont très simples ; il existe seulement parfois une dysphagie passagère (1 à 2 jours).

I. *Accidents opératoires immédiats.* — 1) Dérapement de l'ouvre-bouche : seulement s'il est mal placé.

2) Dimensions trop considérables du tube : le retirer ; ne jamais forcer.

3) Dimensions insuffisantes du tube : il est alors rejeté.

4) Placement du tube dans l'œsophage : on y remédie en ne perdant pas du doigt ses points de repère, et en relevant le manche de l'introducteur, dès que le tube a pénétré.

5) Le tube butte contre une des fossettes glosso-épiglottiques ; pour l'éviter, ne pas quitter la face palmaire de l'index.

6) Asphyxie inévitable si la tentative dure plus de 20 secondes, et si on s'y reprend plus de deux fois de suite.

Les autres accidents dus à l'enfant (indocilité, malformation épiglottique, spasme) sont de peu de gravité, et se combattent facilement ; le refoulement des fausses membranes, nécessitant la trachéotomie immédiate, est exceptionnel, surtout avec le mandrin.

II. *Accidents consécutifs.* — 1) Rejet du tube dans un accès de toux, rare et ordinairement sans résultat fâcheux.

2) Obstruction du tube par des mucosités : pratiquer des pulvérisations.

3) Obstruction par des fausses membranes ; accident grave, mais rare, auquel on doit remédier par le détubage.

4) Difficulté de déglutition, le premier jour seulement.

5) Déglutition du tube, rare ; il est rendu dans les selles.

6) Broncho-pneumonie, exceptionnelle ici.

7) Lésions de décubitus, exceptionnelles maintenant.

8) Sténose laryngée, peu compatible avec le court séjour du tube.

9) Raucité de la voix, durée moyenne de deux à trois semaines.

*Extraction du tube.* — Placement de l'ouvre-bouche ; recherche des points de repère ; introduction des branches de l'extracteur par tâtonnement et en relevant le manche ; puis le tube bien fixé, le tirer franchement en haut, puis l'extraire par un mouvement en arc de cercle.

Si le tube est enlevé au moment voulu, calme absolu de l'enfant.

*Accidents dans l'extraction.* — Extraction facilitée par le placement de l'index, et la bonne orientation donnée au bec de l'instrument.

Le dérapement de l'extracteur tient à une pénétration insuffisante, ou à un mouvement d'élévation mal fait.

*Etude des croups tubés.* — On peut éviter souvent le tubage, en injectant en vingt-quatre heures 40 grammes de sérum ; si le tirage continue ou augmente : tuber ; l'enfant tubé, sauf tout jeune, reçoit 40 grammes de sérum dans ses deux premiers jours de traitement.

L'association du sérum au tubage en a beaucoup amélioré les résultats, plus que pour les cas de trachéotomie.

La statistique est meilleure pour les croups diphthériques que pour les croups associés.

*Indications et contre-indications.* — Avec le sérum, on ne doit tuber qu'à la dernière extrémité, quand le malade ne peut plus attendre.

Avec lui, en effet, tubage souvent inutile, et donnant en tous cas de meilleurs résultats s'il est très postérieur aux injections.

Les contre-indications du tubage sont : la diphthérie toxique, la broncho pneumonie et la bronchite pseudo-membraneuse étendues ; l'état de mort apparente n'est nullement une contre-indication.

*Date de l'extraction du tube.* — Le plus tôt possible ; dès que la température revient à la normale, que l'expectoration diminue, que la respiration redevient calme.

Une durée de cinq jours est un maximum qu'on atteint rarement avant de détuber.

*Comparaison avec la trachéotomie.* — Le tubage a pour lui sa rapidité, l'absence de dangers si l'on échoue ; l'absence de toute perte de sang.

Le tube est moins irritant qu'une canule ; il laisse sortir plus facilement les mucosités, et même les fausses membranes (Bokai)

La convalescence est rapide ; on n'a pas à craindre de complications cutanées, et surtout fort peu de complications pulmonaires ; enfin pas de rétrécissement cicatriciel de la trachée, avec ses suites si graves (J. Simon).

Le tubage est beaucoup plus acceptable en clientèle.

L'auteur termine en faisant remarquer que dans les cas très

rare où échoue le tubage, la trachéotomie donne des résultats désastreux.

RIPAULT.

**Le vestibule humain.** Atlas, par H. STEINBRUGGE et O. NIESER. (Leipzig et Vienne, Franz Deuticke, 1895).

Cette nouvelle publication du professeur Steinbrugge et du Dr Nieser comprend vingt-cinq coupes en série et peut donner une idée très précise de la configuration du vestibule et des parties adjacentes. L'auteur fait remarquer qu'il n'existe pas dans les traités classiques ou dans les atlas, de figures représentant fidèlement le labyrinthe : toutes sont plus ou moins schématiques. Cela tient en grande partie à ce qu'il est excessivement difficile d'obtenir une décalcification complète, bien homogène, à cause de la densité des couches osseuses qui forment la paroi vestibulaire. C'est pour combler cette lacune, que le professeur Steinbrugge, dont on connaît la compétence pour tout ce qui touche à l'anatomie fine de l'oreille et surtout du labyrinthe, a fixé par la photographie vingt-cinq coupes en série du vestibule humain. Le grossissement est suffisant et l'exécution assez heureuse pour qu'on puisse en distinguer tous les détails. L'utricule, le saccule, le canal endolymphatique, les rapports du vestibule avec les canaux semi-circulaires et le limaçon, y sont très nettement reproduits. Une légende explicative accompagne chaque figure. Nous croyons que cet ouvrage sera accueilli avec une égale faveur par les anatomistes et tous ceux qui s'intéressent aux progrès de l'otologie.

COLLET.



## ANALYSES

## I. — OREILLE

**Des injections intra-musculaires de calomel en oto-rhino-laryngologie** par G. SOFFIANTINI (de Milan) (*Bollettino delle malattie dell'orechio, della gola e del naso*, n° 42, décembre 1895).

L'auteur avait envoyé ce travail au V<sup>e</sup> Congrès international de Florence. N'ayant pu y assister, cette communication n'y a pas été lue, conformément aux statuts du Congrès.

Le Dr Soffiantini appelle l'attention sur l'emploi des injections intra-musculaires de calomel qui ont été appliquées, non seulement dans les cas de syphilis, mais aussi dans diverses autres maladies.

Ces injections, dont la technique est connue, lui ont donné d'excellents résultats dans plusieurs cas de lésions syphilitiques du nez et du larynx. Il donne trois observations montrant l'efficacité rapide de ce traitement.

1<sup>o</sup> Rhinite hypertrophique ulcéreuse syphilitique. Homme de 45 ans — trois injections de 5 centigrammes chacune — guérison.

2<sup>o</sup> Syphilide gommeuse du larynx, aphonie, alopecie, dénutrition — deux injections de 5 centigrammes dans la région inter-scapulaire — guérison. Il s'agissait d'une femme de 32 ans.

3<sup>o</sup> Rhinite hypertrophique compliquée de lupus ulcéreux des joues et de la lèvre supérieure. Jeune fille de 19 ans — deux injections de 5 centigrammes dans la région malade — guérison.

L'auteur recommande ce mode de traitement qui lui a si bien réussi, et termine en présentant une bibliographie très complète des nombreux travaux publiés sur cette question. H. DU F.

**Otite purulente aiguë, septicémie**, par V. MORRA (*Il. Morgagni*, 1895, p. 683).

Cette observation peut être ainsi résumée. Otite purulente septique aiguë de l'oreille moyenne droite. Nécrose du temporal. Méningite de la base. Absès possible du cerveau. Septicémie. Tuméfaction aiguë de la rate faisant discuter une infection palustre.

Mort le vingtième jour après le début de l'otite. A l'autopsie, outre les lésions d'infection généralisée, foyers de gangrène pulmonaire qui ne s'étaient révélés pendant la vie par aucun signe clinique.

A. F. PLICQUE.

**Surdité d'origine nasale** par JOHN H. THOMPSON, de Cincinnati (*Medical record*, 1893, vol II, p. 337).

T. rapporte trois observations de surdité complète à la suite de l'obstruction du nez par l'hypertrophie de la muqueuse normale ou par des végétations. Le résultat du traitement intranasal fut, dans les trois cas, inespéré. Dans le premier cas on ne fit aucun traitement direct de l'oreille ni avant ni après l'opération nasale et pourtant le résultat fut excellent. Dans un cas, un retour de l'inflammation nasale fut suivi d'une rechute momentanée de la surdité.

A. F. PLICQUE.

**Nouvelle opération pour le catarrhe chronique et la surdité des otites suppurées**, par THOMAS SHASTID (de Galesbing) (*Med. record* 1895, vol. II, p. 636).

Dans un cas où il pratiquait la paracentèse du tympan, S. par suite d'un mouvement brusque du malade exerça une forte traction involontaire sur le manche du marteau. La surdité et les bourdonnements furent tellement améliorés qu'il répéta de parti pris cette traction. Il rapporte cinq cas traités inutilement par la politizérisation, le cathétérisme, le massage et où ce procédé simple et inoffensif donna de très bons résultats. Un petit crochet est introduit à travers une incision parallèle au manche du marteau que l'on saisit par un mouvement de rotation. L'incision à angle droit expose davantage à intéresser la membrane du tympan dans les tractions. On donne trois ou quatre petites secousses rapides modérées. On imprime, si l'amélioration n'est pas obtenue, quelques secousses un peu plus fortes. Une seule séance de traction est suffisante, en général.

A. F. PLICQUE.

**Sur la diffusion des processus suppuratifs de la caisse et sur leur développement tardif dans l'apophyse mastoïde**, par G. LALATTE (de Parme) (*Archivio italiano di ot. rin. e laring.* (1895, fasc. iv).

L'auteur étudie les causes principales qui permettent à la sup-

puration de la caisse de s'étendre vers les cellules de l'apophyse. Il les divise en cinq classes, savoir :

1° La position topographique de l'apophyse par rapport à la caisse ;

2° La conformation anatomique spéciale de l'apophyse mastoïde ;

3° La continuité et l'identité histologique des muqueuses qui tapissent la caisse et les cavités accessoires ;

4° La puissance pyogénique des micro-organismes qui a produit l'affection primitive de la caisse ;

5° Les conditions de l'état général du sujet atteint d'infection purulente de la caisse.

Chacune de ces cinq divisions est étudiée avec le plus grand soin et aucun détail n'est omis.

Après cet exposé, l'auteur donne neuf observations très complètes et termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Les causes de la participation de l'apophyse mastoïde aux processus purulents de l'oreille moyenne sont les rapports anatomiques de ces deux régions et la puissance de l'injection microbienne ;

2° Des conditions anatomiques spéciales, ou la marche des altérations peuvent, en empêchant la communication directe des deux cavités, retarder la diffusion de la suppuration ;

3° Les mêmes causes sont capable de produire l'empyème de l'apophyse sans altérations notables de la caisse ;

4° Dans les cas d'ostéo-périostite consécutive, la trépanation de l'apophyse est le moyen le plus rapide et le plus sûr pour obtenir la guérison ;

5° La suture complète aseptique, quand les lésions ulcératives ne sont pas trop étendues, permet d'obtenir une cicatrisation rapide de la plaie.

H. DU P.

Quelques tumeurs de l'oreille, par le Dr SCHEIBE, de Munich (*Arch. of otol.*, n° 3-4, 1895).

I. Un homme de 56 ans présente dans l'oreille gauche une tumeur qui augmente lentement depuis 6 ans : On trouve, en effet, une petite tumeur dure, du volume d'une noisette, recouverte d'une peau qui présente des poils et des glandes, et légèrement ulcérée en un point. Ablation avec l'anse galvanique. La guérison s'est maintenue depuis 7 ans. — L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un *fibrome* avec prolifération des glandes sébacées.

II. Un jeune homme de 17 ans, ayant une suppuration depuis 4 ans, présente dans le conduit gauche une tumeur dure, rouge et blanche, irrégulière, excoriée, prenant naissance sur la paroi antérieure du conduit. Ablation avec l'anse : au-dessous le tympan est normal. Quatre mois plus tard, le siège de la tumeur présentait une petite élevation irrégulière recouverte de peau saine. — Il s'agissait d'un *ostéo-sarcome* pédiculé : l'auteur dit ne connaître qu'un cas semblable, ayant son origine dans le conduit, cas publié par Buck.

III. Un prêtre de 44 ans, ayant, depuis l'enfance, des écoulements passagers de l'oreille gauche a déjà été opéré cinq fois pour des polypes. Il y a un mois, sensation de tension dans l'oreille, puis écoulement. Le 29 septembre 1890, Scheibe enlève un polype gros comme une petite fève et s'aperçoit qu'il s'agit d'un petit *polype dont la surface est recouverte de poils*. Guérison complète. Mais, 3 ans après, en mars 1893, le malade se présente à nouveau avec les mêmes symptômes et une petite tumeur grosse comme un pois qui, après l'ablation, se montre encore couverte de poils.

Scheibe dit qu'il n'existe que deux cas semblables publiés ; à la lecture, il s'est aperçu que celui de Weydener et le sien concernaient le même malade. L'autre est de Kuhn qui a supposé que les poils avaient pénétré de dehors en dedans dans la tumeur, supposition inacceptable pour le cas de Scheibe. En examinant de vieux polypes extraits depuis longtemps, Scheibe dit en avoir trouvé un, enlevé en 1889, chez un étudiant de 24 ans, qui ne présentait pas de poils mais des follicules pileux. — Une planche avec trois dessins se rapportant à l'ostéo-sarcome et à la tumeur pileuse.

M. L.S.

**Sur la symptomatologie et étiologie du carcinome de l'oreille**, par FRITZ DANZIGER (*Monatschr. f. Ohrenh.*, p. 224, n° 7, et 357 n° 10, 1895).

Le cancer de l'oreille est une maladie rare, Kretschmann récemment n'a pu en réunir que 16 cas. Onze fois il existait depuis l'enfance une suppuration de l'oreille, ce qui montre l'influence des irritations chroniques prolongées. Le cas de D. est analogue.

« Femme de 54 ans, n'ayant aucun antécédent familial au point de vue néoplasmes malins. A 10 ans, à la suite d'une maladie fébrile avec éruption (scarlatine), apparut un écoulement bilatéral de l'oreille. Soit indolence, soit préjugé, respectant, comme un exutoire des mauvaises tumeurs, l'écoulement

d'oreille, la malade resta sans soins, malgré une diminution de l'ouïe s'exagérant d'année en année. En mars 1895 apparurent de violentes douleurs dans l'oreille gauche s'irradiant sur le vertex et la nuque, avec soubresaut pénible dans l'oreille. En avril, après évacuation par le lavage de pus fétide :

A droite, perte presque complète du tympan, plus de trace de marteau, cavité fortement bourgeonnante, parois cariées, audition très faible.

A gauche, tumeur arrivant jusqu'à environ 1 centimètre de l'orifice externe, obstruant tout le conduit, blanc rougeâtre, à surface ulcérée, saignant au moindre contact de la sonde. Elle s'insère largement à la paroi postérieure du conduit. Ablation. La caisse apparaît remplie. Plus traces de tympan, ni d'osselets. Examen très douloureux malgré la cocaïne : granulations molles, os cariés partout. Pas de sensibilité de l'apophyse. Près de sa pointe ganglions de la grosseur d'un pois avec empatement péri-ganglionnaire. À la rhinoscopie postérieure, pus à l'embouchure de la trompe. Audition meilleure qu'à droite.

Examen histologique : carcinome alvéolaire épithélial, huit jours après l'opération le conduit était de nouveau obstrué, les douleurs revenues ; les ganglions continuèrent à s'accroître et au bout de six semaines la malade ne reparut plus ».

En outre de ces 17 cas, Lemcke a publié un cas survenu chez un malade ayant aussi un écoulement d'oreille datant de ses premières années. Haug a décrit un cas d'adéno-carcinome développé aux dépens des glandes sudoripares, sans otorrhée antécédente ; il en était de même dans le fait de Denker et un autre de Lemcke.

Les carcinomes non précédés d'une lésion auriculaire siègent surtout dans le conduit auditif externe. Ceux de la caisse sont, pour ainsi dire constamment précédés d'une otorrhée chronique. Comme second facteur otologique, on a invoqué l'habitude de s'introduire des instruments dans l'oreille (Kretschmann) : plus grande fréquence à droite ; mais cette influence n'est pas démontrée, car les carcinomes du conduit semblent, précisément, plus fréquents à gauche.

Au bout de trois mois, la malade fut revue, dans un état cachectique. Une seule fois, dans le cours des dernières semaines, elle eut des vomissements violents et du délire. A droite, paralysie faciale totale, conjonctivite intense, violentes douleurs uni-latérales, forte saillie de l'apophyse mastoïde, tuméfaction péri-auriculaire. Le conduit auditif est plein de masses ulcérées,

exulcération au niveau de l'orifice irrité par l'écoulement des sécrétions. A la palpation on sent un empatement autour de l'orifice et au niveau de l'ap. mastoïde. Ganglions au niveau du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Audition nulle. La mort survint précédée d'une dysphagie très prononcée.

L'autopsie montra : une coloration rouge du bord antéro-supérieur du cervelet; correspondant à cette rougeur dure-mère bleu-foncé à la partie moyenne du temporal, soulevée mais non perforée. La tumeur siège immédiatement au-dessous de la dure-mère : de coloration blanchâtre, de consistance molle, elle a détruit complètement l'os. Le sinus est sain mais repoussé, la tumeur adhère à sa paroi, en dedans, la tumeur s'étend jusqu'à la fosse jugulaire. Par en bas, destruction d'au moins la moitié de l'apophyse mastoïde, du conduit auditif osseux, de la face articulaire du maxillaire supérieur. Les masses néoplasiques entourent la carotide.

Le délire des dernières semaines ne peut être rapporté à une lésion centrale, il s'agissait plutôt d'une manifestation du vertige auriculaire (vomissements).

PAUL TISSIER.

**Un cas de labyrinthite dans la syphilis héréditaire tardive**, par A. STIEL (*Monats. f. Ohrenh.* n° 8, p. 275, août 1895).

Lina E. 13 ans, souffre depuis environ trois ans de vertiges intenses. A peu près à la même époque, elle présenta des lésions des deux yeux. Il y a un an, elle s'aperçut qu'elle entendait mal et la diminution de l'ouïe augmenta de plus en plus et amena une surdité totale, d'abord à droite puis à gauche. Cet état remonte à environ 5 mois. Les accidents vertigineux disparurent peu à peu, l'état des yeux tantôt s'aggrava, tantôt s'améliora. Jamais de céphalée, ni de vomissement, ni d'écoulement par l'oreille.

Chez les parents on trouve, chez le père, une éruption (qu'il attribue à la gale), qu'il communiqua à la mère; chez la mère, une fausse couche; quatre filles vivantes, quatre mortes jeunes. La malade actuelle, très faible à sa naissance, se développa bien. Pas de tuberculose dans les ascendants.

Le tympan des deux côtés est terne, un peu injecté, non déprimé. Audition nulle. Par la voie osseuse avec le diapason, perception seulement à gauche (C = 128). Légère conjonctivite et épisclérite, faible degré d'exophtalmie et taies cornéales diffuses avec places plus épaisses. Traces d'iritis ancienne :

pigmentation de la capsule antérieure et synéchies postérieures. Acuité visuelle 6/8. Anémie générale.

Diagnostic : labyrinthite bilatérale consécutive à la syphilis héréditaire. Traitement (sans grand espoir) spécifique (14 avril) : 2 grammes par jour d'onguent gris et trois fois par jour une cuillerée à café d'iodure de potassium à 10/100. Au bout de cinq jours pas de modification de l'ouïe, parésie faciale gauche, léger éclaircissement de la cornée. Trois jours après le diapason C est descendu des deux côtés par la voie osseuse.  $C_2 = 512$  seulement à gauche ;  $C_6 = 4096$  non perçu.

Le 30 avril, même état, la malade perçoit le son de l'harmonica et le bruit des voitures. A la mi-mai, l'ouïe reste en l'état, guérison de la paralysie faciale. On eut recours alors aux injections de pilocarpine. Cinq injections ne produisirent aucune amélioration.

PAUL TISSIER.

**De l'électrisation dans certaines affections auriculaires, par MOUNIER**  
(*Arch. d'électricité médicale*, 15 novembre 1895).

Après une otite aiguë, même légère, l'acuité auditive baisse notablement et ne revient que lentement à la normale. Cette diminution de l'ouïe est, en partie, due à la parésie inflammatoire des muscles de l'oreille moyenne ; il y a donc intérêt à la combattre par le traitement électrique. M. emploie le courant faradique, plus simple et mieux toléré que le courant galvanique ; le courant induit est fourni par une bobine à fil fin. Un excitateur olivaire est introduit dans l'oreille, un autre est tenu dans la main du même côté : les pôles sont indifférents. Le courant doit passer pendant 2 ou 3 minutes, pendant lesquelles il est augmenté jusqu'à la limite de tolérance puis peu à peu diminué. Cinq à six séances sont nécessaires. A la suite de chaque séance, la malade accuse une sensation de dégagement dans l'oreille : et l'on constate une augmentation de l'acuité auditive. M. LERMOYEZ.

## II. — BOUCHE ET PHARYNX

**Traitement des fissures congénitales des lèvres et de la voûte palatine, par A. BROCA** (*Mercredi médical*, 14 août 1895).

L'auteur, qui a opéré soixante sujets atteints de bec-de-lièvre et vingt-quatre atteints de division congénitale du palais et du

voile expose, avec les procédés de choix, plusieurs points de sa pratique personnelle. Pour éviter l'hémorrhagie grave chez les jeunes enfants, B. rejette l'emploi du thermocautère, il conseille d'opérer vite et de pratiquer l'hémostase en pinçant la lèvre entre les doigts. Il n'attend pas, comme certains chirurgiens, l'âge de deux à trois ans pour entreprendre ces opérations osseuses, il n'hésite pas à les faire à partir de trois mois. Comme seuls dangers de l'opération il insiste principalement sur la broncho-pneumonie et l'hémorrhagie immédiate ou secondaire.

G. LAURENS.

**Pharyngite (laryngite, trachéite) sèche ou atrophique**, par KREBS (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 7, p. 225, 1895).

Il faut rejeter le terme de pharyngite sèche qui ne répond pas à une maladie ; si l'on consulte les auteurs on trouve des affirmations différentes et souvent contradictoires sur l'état de la muqueuse et sur les caractères de la sécrétion. Il en est de même pour ce qu'on a nommé laryngite et trachéite sèches. Il faudrait trois éléments pour constituer la maladie : atrophie de la muqueuse, modification de la sécrétion, sensation subjective de la sécheresse.

Or, l'atrophie est difficile à apprécier ; la muqueuse est souvent amincie dans les maladies anémiantes, tuberculose, cœur gras, ruptures, atrophie, dans les affections qui déterminent un écoulement purulent continu de la muqueuse ; la sécrétion visqueuse, les croûtes proviennent des fosses nasales ou des sinus. La sécheresse peut exister chez les diabétiques, chez les brightiques ; elle est constante dans la respiration buccale, chez les femmes. Il n'a pas été possible de trouver une lésion anatomique constante.

Les faits décrits sont soit des cas de catarrhe pharyngé, dans lesquels la muqueuse est recouverte de sécrétions provenant du nez ou du sinus ; soit des faits d'atrophie de la muqueuse, liée à un état général avec catarrhe ; soit des faits de catarrhes chroniques causés par la respiration buccale.

Les conséquences pratiques sont : Inutilité des attouchements du pharynx ; importance de recommander aux malades de ne pas se moucher dans leur pharynx et de ne pas déglutir le mucus nasal ; nécessité d'établir la respiration nasale.

PAUL TISSIER.



**Quelques considérations sur l'étiologie et le traitement du catarrhe rétro-nasal et sur l'hygiène des organes respiratoires,** par FREUDENTHAL (*Journal of the american medical association*, 9 novembre 1895).

L'auteur présente, sous une forme humoristique, une étude très documentée sur les causes principales qui produisent le catarrhe rétro-nasal si fréquent en Amérique. D'après lui, ce *catarrhe américain* dépend du mode de chauffage des maisons et des refroidissements inévitables. Aux Etats-Unis les maisons sont trop chauffées en hiver, et l'air qu'on y respire est trop sec.

Cette absence presque totale d'humidité de l'air respiré est une cause importante du catarrhe. D'un autre côté, la crainte d'avoir un refroidissement empêche la majorité du public de respirer un air pur. On ne fait pas assez d'hygiène et l'on néglige trop les principes des Priessnitz et de Kneipp. Trop de chauffage, trop d'air sec, pas assez d'air pur et d'endurance au froid, d'où, comme conséquence, le fâcheux catarrhe, que les Américains se procurent en dépensant beaucoup pour établir des calorifères anti-hygiéniques, et qui doit, croyons-nous, leur coûter plus encore à guérir.

H. DU F.

**Guérison d'un cas de bégaiement par un appareil dentaire,** par A. CLAUSSEN d'Altona (*Monats. f. d. ges. Sprachheilkunde*, nov.-déc., 1895).

Une enfant de 12 ans, sans antécédents similaires, bégaye fortement pour les voyelles et les consonnes, au milieu des mots, dans la voix chuchottée, etc. On s'est aperçu facilement que cette petite fille ne peut ouvrir la bouche suffisamment et qu'on n'y réussit pas davantage en voulant écarter les mâchoires de force. L'introduction d'une règle entre les mâchoires n'améliorait la situation que provisoirement. On se décida alors à recouvrir les dents postérieures de la mâchoire inférieure avec une grosse plaque de caoutchouc qui maintenait forcément les mâchoires écartées. Au bout de trois mois l'enfant n'avait plus que de temps à autre un léger bégaiement pour le G et fut renvoyée guérie : deux mois après, il ne s'était pas produit de récidence.

M. LS.

**Etude bactériologique de 117 cas d'angines scarlatineuses**, par G.-H. LEMOINE (*Bulletin médical*, 22 décembre 1895).

De toutes ces angines qui appartiennent à la période de début de la scarlatine, 79 étaient pseudo-membraneuses et 38 ne présentaient aucun exsudat.

Les recherches bactériologiques ont démontré, outre un cas d'angine de Löffler :

Streptocoque seul : 102 cas.

Streptocoque + b. de Löffler : 5 cas.

Streptocoque + staphylocoque : 8 cas.

Streptocoque + b. coli : 1 cas.

De ces données il faut conclure à la présence constante du streptocoque, à sa présence à l'état pur dans la grande majorité des cas.

La différence de ces résultats avec ceux obtenus antérieurement, l'auteur l'attribue à la technique nouvelle qu'il a employée dans ses recherches, et qui consiste essentiellement dans le mode de prélèvement de la matière d'ensemencement, qui est fait par ponction au sein même de l'amygdale, après cautérisation de la surface de l'organe.

Passant ensuite à l'examen des faits cliniques, il faut reconnaître que les angines à streptocoque seul ont été excessivement variables dans leurs manifestations symptomatiques, présentant tous les degrés de gravité connus des angines. L'association colibacillaire a produit chez deux scarlatineux absolument les mêmes symptômes que le bacille de Löffler; expérimentalement d'ailleurs, la virulence de cet organisme a été trouvée très intense. L'association du streptocoque au b. coli doit donc être regardée comme plus dangereuse que l'association avec le staphylocoque.

Quel est ce streptocoque, seul organisme constant des angines scarlatineuses ? L'auteur admet le même streptocoque qu'ont vu les auteurs qui l'ont précédé, mais il pense que ce microorganisme réagit avec une grande variabilité vis-à-vis des divers milieux de culture employés. En outre, ce streptocoque a été retrouvé dans tous les cas d'angines simples, et d'angines accompagnant d'autres états infectieux, tels que rougeole, oreillons.

L. EGGER.

**Affection secondaire du rhino-pharynx chez les phtisiques**, par DMOCHOWSKI, de Varsovie (*Gaz. lekarska*, 2-4, 1894 et *Arch. f. Ohrenheilk*, 2-3, 1895).

L'auteur a examiné sur 64 cadavres de phtisiques la muqueuse

du rhino-pharynx et n'a pris que les cas où la tuberculose était visible à l'œil nu. Voici ses conclusions :

1. L'inflammation tuberculeuse secondaire de la muqueuse du rhino-pharynx est très fréquente chez les phthisiques (21 fois sur 64 cas). — 2. Elle se rencontre surtout dans la tuberculose miliaire aiguë. — 3. Les bacilles de Koch déposés sur la muqueuse y déterminent des lésions d'abord superficielles qui deviennent peu à peu de plus en plus profondes. — 4. L'ulcération de ces lésions bacillaires est constante. — 5. Le plus souvent le processus tuberculeux est secondaire, mais il est possible parfois que l'affection soit primitive.

M. LS.

**Folliculite ulcérée syphilitique tertiaire du pharynx**, par FIGANO (*Gaz. degli ospedali e di clin.*, n° 150, 1895).

S'appuyant sur cinq observations personnelles, F. rattache à la syphilis un type de pharyngite ulcéreuse qui, jusqu'alors, avait été mis plutôt sous la dépendance de la scrofule. Cette affection débute généralement par une poussée de catarrhe naso-pharyngien, avec tuméfaction des follicules de la paroi postérieure du pharynx. Au bout d'un certain temps, les symptômes subjectifs de brûlure dans la gorge et de dysphagie augmentent; les follicules s'ulcèrent, formant des pertes de substance d'abord disséminées, mais qui ne tardent pas à se réunir en une ulcération irrégulière. Une petite cicatrice superficielle et plate leur succède.

En résumé, l'évolution de la folliculite ulcéreuse tertiaire doit être divisée en deux périodes : 1<sup>re</sup> période d'infiltration, dont l'évolution est lente ; 2<sup>o</sup> période ulcéreuse à allure rapide.

M. LERMOYER.

**Curette pour les opérations sur l'amygdale linguale**, par ERICH WINKLER. *Arch. f. Laryngol. u. Rhin.*, Bd. III, p. 213.

L'ablation à l'anse froide est longue, pénible, souvent insuffisante ; l'ablation à l'anse chaude a les mêmes inconvénients et en plus détermine une vive réaction : il en est de même de la cautérisation ; l'emploi d'une guillotine analogue à l'amygdalotome (Porcher, Chappell) n'a pas rencontré grande faveur ; la méthode la plus sûre (fixation des parties hyperplasiées avec une pince de Museux et section avec de fins ciseaux), celle de Heymann exige un aide.

W. propose le curettage avec une curette de 20 centimètres

de long ; la curette seule a 3<sup>cm</sup> ; elle est plus ou moins large et forte ; à environ 4 centimètres de son extrémité, elle est légèrement incurvée. La curette de W. s'emploie comme celle de Gottstein. On l'introduit la concavité tournée en bas.

L'hémorrhagie est peu importante ; la plaie nette et plane ; les parties sectionnées ne sont pas dégluties. L'instrument est facilement aseptisable.

P. TISSIER.

**A propos du traitement des végétations adénoïdes par la résorcine,**  
par E. CHAUMIER (de Tours). (Congrès de gynécologie et pédiatrie, Bordeaux, 8-14 août 1895).

Marage a annoncé avoir guéri 54 enfants atteints de végétations adénoïdes par des badigeonnages avec une solution de résorcine variant de 50 à 100 % ; ces badigeonnages doivent être répétés tous les deux à trois jours. Après 6 à 10 badigeonnages les enfants sont, dans tous les cas, définitivement guéris.

C. a voulu corroborer l'efficacité de cette méthode ; il prit plusieurs enfants atteints de végétations adénoïdes typiques et les badigeonna soigneusement suivant les indications de Marage. Dans aucun cas, même après quatorze séances, il n'obtint la moindre amélioration : le pharynx était aussi obstrué qu'au début du traitement et il fallut procéder au curettage. Avec raison, C. conclut à l'inefficacité absolue de ces badigeonnages à la résorcine.

M. L.

**Des tumeurs adénoïdes du naso-pharynx.** Leçon faite à la « Post-graduate medical school » de New-York par CH. KNIGHT, (*International clinics*, vol. I, série 3, 1895).

Résumé des points principaux, bien connus, sur cette question. L'auteur opère les végétations adénoïdes en se servant de l'éther pour l'anesthésie générale qui ne doit pas être complète. Il emploie la pince de Gradle.

H. DU F.

**La sérothérapie dans la diphthérie et les tumeurs malignes,** par A. DAMIENO, assistant à la clinique laryngologique de l'Université de Naples (*Bolettino delle malattie dell orecchio, della gola e naso*. Florence 1895, n° 10 et 11.)

L'auteur, après avoir résumé l'histoire de la sérothérapie, donne les résultats obtenus, à la clinique de Naples, dans cinquante-huit cas où cette méthode a été appliquée depuis un an.

Au point de vue de la localisation de l'injection, ces cinquante-huit cas se divisent ainsi qu'il suit :

### Diphthérie pharyngée

29 cas, dont 4 avec participation de la cavité naso-pharyngienne et une fois de la peau.

27 guérisons et deux morts (dont un homme de 65 ans).

### Diphthérie laryngée

29 cas. . .  $\left\{ \begin{array}{l} 14 \text{ fois. . . . . forme primaire.} \\ 12 \text{ fois. . . . . forme secondaire descendante.} \\ 3 \text{ fois. . . . . forme secondaire ascendante.} \end{array} \right.$

15 intubations = 10 guérisons et 5 morts.  
14 sans intubation = 10 guérisons et 4 morts.

Quant au nombre d'injections pratiquées on note :

3 cas avec 3 injections.  
13 cas avec 2 injections.  
42 cas avec une seule injection.

Divers sérums ont été employés :

19 fois le sérum de Behring  
36 fois » de De Giava  
2 fois » de Behring et De Giava  
1 fois » de Behring et Sclavo

Au point de vue bactériologique l'auteur a reconnu :

dans 24 cas. . . . . bacille dipht. et staphylocoques.  
9 cas. . . . . bacille dipht. et streptocoques.  
13 cas. . . . . bacille dipht. staph. et strept.  
3 cas. . . . . streptocoques et staphylocoques.  
4 cas. . . . . staphylocoques.  
1 cas. . . . . streptocoques.  
4 cas. . . . . résultat négatif par examen incomplet.

En examinant ce qui précède, l'auteur fait remarquer qu'il n'a jamais pu rencontrer la forme diphthéritique *pure*, comme cer-

tains observateurs l'ont signalé. Il en trouve l'explication dans ce fait qu'il s'est servi d'agar glyciné comme milieu de culture et non de sérum sanguin sur lequel le bacille de Löffler se développe avant tous les autres.

Il ne pense pas que la présence du streptocoque indique toujours une plus grande gravité comme l'ont avancé Roux et Martin. Le bacille de Löffler crée un terrain propice au développement des autres microbes. Cependant ce n'est pas là une règle générale, et il a pu constater dans trois cas de diphthérie tardive, à la suite de rougeole et de scarlatine, la présence du streptocoque avant l'apparition du bacille diphthérique.

Pour l'auteur l'intubation est la méthode de choix. Dans les cas traités par le sérum elle donne d'une manière générale, 23 % de mortalité, tandis que la trachéotomie en donne 62 %.

Après l'injection il n'a pas trouvé que la fièvre cesse à la suite d'une augmentation passagère comme on l'a affirmé. Il a vu, au contraire, la fièvre persister et, en tout cas pour lui, dans les formes apyrétiques ou hypothermiques, la température ne s'élève pas. Il a également constaté que le sérum n'exerce aucune influence fâcheuse sur les reins et il pense que son action doit diminuer le nombre de cas de paralysies consécutives à la diphthérie.

En finissant, l'auteur parle du sérum anti-cancéreux et du sérum anti-érysipélateux ; il croit que cette question est encore trop peu avancée pour pouvoir en tirer des déductions.

H. DU F.

**Les abcès rétro-pharyngiens et l'espace rétro-viscéral du cou, par S. ROSENTHAL (*Chirurg. Hiétop.*, 1894, vol. V, fasc. 4, p. 459).**

L'auteur a repris l'étude de l'espace rétro-viscéral à l'aide d'expériences faites sur de nombreux cadavres. Il a abouti aux conclusions suivantes :

1° L'espace rétro-viscéral forme une fente étroite, remplie de tissu cellulaire lâche ; c'est une région à limites précises.

2° Cet espace naît en haut à la base du crâne, et aboutit inférieurement dans le médiastin postérieur.

3° Le meilleur moyen d'étudier cet espace consiste à injecter à travers un trou fait à l'apophyse basilaire de l'occipital, une masse liquide, solidifiable à la température ordinaire.

4° Cette injection distend l'espace rétro-viscéral, lui donne la forme d'un sac, et reconstitue ainsi l'abcès rétro-pharyngien.

5° Si la masse injectée pénètre dans le médiastin postérieur, il se forme un étranglement à la limite du cou et du thorax, qui donne à l'espace rétro-viscéral ainsi rempli la forme d'un sablier.

6° Cette masse reste contenue dans l'espace rétro-viscéral dont elle ne sort que s'il y a une déchirure accidentelle du tissu conjonctif.

7° Sous l'influence de l'injection, la fente rétro-viscérale se transforme ainsi en une cavité à parois tendues.

8° Tous les organes du cou qui se trouvent au-devant de la tumeur sont refoulés sur les côtés.

9° Les muscles du cou se déplacent aussi, mais restent dans leurs gaines intactes qui les séparent de la masse injectée.

10° L'artère thyroïdienne inférieure n'établit pas de communication entre l'espace rétro-viscéral et l'espace ante-viscéral du cou.

11° L'espace rétro viscéral n'entoure complètement l'œsophage en aucun point.

12° La masse injectée dans cet espace ne pénètre pas dans le paquet vasculaire du cou

13° La masse qui descend de cet espace, dans le médiastin postérieur, se place en haut entre la colonne vertébrale et l'œsophage, en bas entre l'aorte et l'œsophage.

14° Il n'existe aucune communication entre le médiastins postérieur et le médiastin antérieur.

15° L'espace rétro-viscéral se termine inférieurement à la hauteur de la 11<sup>e</sup> vertèbre dorsale.

16° Les expériences démontrent donc que l'espace rétro-viscéral du cou est une cavité close qui ne communique qu'avec le médiastin postérieur.

M. L.

**Mort subite au moment de l'ouverture d'un abcès rétro-pharyngien**, par LEVREY et GHICA (*Journ. de clin. et de therap. infant.*, 17 déc. 1895).

Observation d'abcès rétro-pharyngien où l'incision, faite selon les règles et indications établies, a amené la mort subite, sans qu'une goutte de pus ait été découverte à l'autopsie dans les voies respiratoires.

Variot admet la syncope réflexe avec arrêt respiratoire immédiat, et insiste sur la nécessité qu'il y a de connaître ces cas malheureux où la responsabilité de l'opérateur ne peut cependant pas être incriminée.

L. EGGER.

## III. — LARYNX ET TRACHÉE

**Cordite tubéreuse nodulaire**, par ALEX. HODGKINSON (*Brit. med. journ.*, 1895, p. 1099).

La nature des nodules d'instituteur est encore fort discutée ; pour l'auteur deux conditions sont nécessaires à leur production, la tuméfaction des cordes et l'usage excessif de la voix. Dans leur 1/8 antérieur les cordes tuméfiées s'appliquent l'une à l'autre et s'immobilisent ; plus loin, elles vibrent, mais en frottant l'une contre l'autre, et c'est ce frottement qui amène la formation de nodules. Avant que les nodules ne soient constitués, on peut prédire leur siège exact, on voit pendant la phonation un point très blanc, qui n'est autre chose que du mucus transformé en écume par la vibration des cordes en contact ; on voit un point semblable moins net au devant des apophyses vocales. Si la tuméfaction des cordes ne disparaît pas, une induration se fera nécessairement dans ces « points écumeux ». M. N. W.

**Des troubles vocaux chez les instituteurs et en particulier des « nodules d'instituteur »**, par WILLIAM MILLIGAN (*Brit. med. journ.*, 1895, p. 1097).

L'auteur a eu l'occasion d'étudier les troubles vocaux, surtout chez les institutrices, qui sont plus souvent atteintes que les instituteurs ; on observe : 1) le catarrhe subaigu ou chronique des cordes vocales seules, 2) la laryngite catarrhale chronique avec parésie de quelques muscles, 3) le catarrhe chronique avec état variqueux des petits vaisseaux des cordes vocales, 4) la laryngite chronique avec pachydermie consécutive locale ou généralisée : — ce sont là des états morbides qui se succèdent et les nodules n'apparaissent, en général, que tardivement. Il n'est pas rare pourtant d'en trouver de très petits, de bonne heure ; ainsi l'auteur a vu un nodule unique chez une jeune fille de 14 ans 1/2, qui enseignait depuis l'âge de 13 ans ; chez une institutrice de 20 ans, en fonction depuis 6 ans, les nodules étaient déjà nombreux. Les conditions dans lesquelles se trouvent ces institutrices sont particulièrement défavorables ; elles ont de cinq à six heures de classes par jour à un âge où le larynx n'a pas atteint son développement normal ; plusieurs classes ont



souvent lieu simultanément dans la même vaste salle, et cela dans un quartier bruyant, de sorte que la voix doit être forcée et aiguë pour être entendue. L'hyperémie que provoque cet effort aboutit à des varicosités que l'on voit le long des cordes vocales ; dans un cas une sorte de petit angiome survint subitement à la suite d'une fatigue de la voix, plus prolongée que de coutume. Les nodules sont absolument communs ; dans la majorité des cas ils sont symétriques, leur volume varie de celui d'une pointe de plume à celui d'un grain de mil ; ils sont situés à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen du bord libre de la corde. Le nodule est d'origine inflammatoire, le produit d'une cordite localisée ; les nodules opposés peuvent évoluer simultanément ; quelquefois aussi un nodule est dû à l'irritation mécanique causée par le nodule du côté opposé. Le traitement devrait surtout être prophylactique, car le traitement curatif est long et bien infidèle.

M. N. W.

**Un cas d'ictus laryngé**, par P. MERKLEN (*Bull. et mém. soc. méd. hôpitaux*, n° 30, p. 655, 24 octobre 1895).

L'observation qui fait le sujet de ce mémoire est celle d'un homme, âgé de 39 ans, qui se plaignait de chutes répétées, avec perte de connaissance, se produisant deux à trois fois par jour depuis trois semaines ; ces chutes surviennent toujours à la suite de violentes quintes de toux. Ce malade ne présente aucun stigmate d'hystérie, aucun signe d'épilepsie ou de tabes : mais il est atteint d'un emphysème pulmonaire considérable. Rien au pharynx ; l'examen laryngoscopique a été négligé.

Les crises de toux débutent par un picotement au larynx, déterminant la toux quinteuse, la sensation de strangulation bientôt suivie de cyanose intense de la face, d'épistaxis, enfin d'une sorte de trouble cérébral avec obnubilation de la vue ; la chute marque la fin de la crise : la toux cesse et le malade se relève immédiatement sans éprouver de malaise.

M., se fondant sur les bons résultats que donne l'antipyrine contre les quintes de coqueluche, essaya de modérer l'irritabilité du larynx avec ce médicament. Il l'administra à la dose de deux, puis de trois grammes par jour. Dès le deuxième jour, les crises d'ictus laryngé cessèrent ; mais actuellement, l'hyperexcitabilité du larynx est telle qu'une légère pression à son niveau provoque une toux coqueluchoïde avec cyanose de la face.

Pour expliquer l'ictus laryngé, M. tient compte de deux élé-

ments : trouble circulatoire et hyperexcitabilité du larynx. Il admet à la fois les deux théories en cours, celle qui attribue l'ictus à un trouble de la circulation encéphalique et celle qui le met au compte d'une action inhibitoire partant du larynx. Il considère l'emphysème pulmonaire comme un facteur important, favorisant cette complication chez les emphysémateux : depuis longtemps, la circulation veineuse est gênée par la diminution de l'aspiration thoracique ; viennent des quintes de toux répétées, le dégorgement du système veineux ne se fait plus que très imparfaitement ; il y a anémie cérébrale ; le ventricule gauche ne lance plus que l'ondée sanguine insuffisante qui lui arrive, et cette anémie cérébrale engendre la syncope. L'ictus laryngé ne se voit pas chez les jeunes sujets, parce que la circulation cérébrale est plus active, et parce que l'influence inhibitoire est moindre alors que dans l'âge adulte.

Dans la discussion qui suit cette communication, CATRIN rapporte un cas d'ictus laryngé très amélioré par une seule cautérisation du larynx avec du nitrate d'argent à 1/15 ; il assimile cette amélioration aux guérisons d'asthme obtenues autrefois par le badigeonnage du pharynx avec de l'ammoniaque.

M. LERMOYEZ.

**Le diagnostic du croup**, par G. VARIOT (*Journal de clin. et de thérapeut. infant.* 24 octobre 1895).

La distinction clinique de la laryngite membraneuse diphthérique d'avec le faux croup, ou laryngite striduleuse, n'est pas aussi aisée que les belles descriptions de Trousseau pourraient le faire croire.

I. — *Diagnostic du croup avec exsudats pharyngés.* — En présence de troubles laryngés évidents, avec ou sans phénomènes de suffocation, associés à des exsudats caractéristiques pharyngiens, nasaux, buccaux, labiaux, etc., on est en droit de porter le diagnostic de croup, c'est-à-dire de laryngite diphthérique.

Une cause d'erreur exceptionnelle, mais qui peut être levée par la bactériologie, est déterminée par des laryngites coïncidant avec des angines membraneuses dans lesquelles les cultures ne montrent que des spectocoques avec ou sans staphylocoques, erreur ayant, d'ailleurs, peu de conséquence au point de vue thérapeutique, puisque ces infections, si elles s'étendent jusqu'au larynx, doivent être traitées comme le croup diphthérique.

II. — *Diagnostic du croup sans exsudats pharyngés.* — La fréquence du croup d'emblée d'une part, et la fréquence relative des laryngites non disphthériques graves, d'autre part, enfin, la netteté souvent bien moins marquée des symptômes que Trousseau assigne à ces deux affections, et qui, selon lui, devraient en faire le diagnostic différentiel, sont en clinique la cause de difficultés énormes de diagnostic. L'examen bactériologique est le moyen le plus sûr que nous ayons à notre disposition. Au point de vue pratique, l'impossibilité de distinguer le faux croup du croupe d'emblée impose le devoir d'appliquer aux deux affections la même thérapeutique : injection de sérum, chambre de vapeur et, au besoin, tubage et trachéotomie.

Quant au diagnostic d'avec l'abcès rétro-pharyngien, le toucher sera utile pour dépister cette affection d'ailleurs rare, et ne s'accompagnant habituellement pas d'exsudat membraneux. L'examen bactériologique permettra d'éliminer la diphthérie dans les cas de laryngite tuberculeuse.

Le croup doit aussi être distingué de la trachéo-bronchite pseudo-membraneuse ; l'évolution servira de guide.

Les caractères spéciaux de la néphrite scarlatineuse nous aideront à distinguer l'œdème de la glotte qui vient compliquer cette affection.

Les accès de suffocation dus aux corps étrangers des voies aériennes sont intermittents, séparés par des périodes d'accalmie, la toux et la voix restent normales ou à peu près.

Les spasmes glottiques qui surviennent chez les jeunes enfants rachitiques, porteurs ou non d'adénopathie trachéo-bronchique, chez d'autres enfants ayant des végétations adénoïdes précoces, ces spasmes nerveux pourraient éveiller l'idée du croup s'ils se prolongeaient.

Comme base certaine à tous ces diagnostics, il n'y a que l'examen bactériologique.

L. EGGER.

**Le croup diphthérique non membraneux**, par G. VARIOT (*Journ. de clin. et de thérap. infant.* 31 oct. 1893).

Nous sommes familiarisés maintenant avec la notion d'angines à bacilles de Löffler, c'est-à-dire spécifiquement diphthériques, sans exsudats membraneux. Lorsque ces angines évoluent isolément, elles sont même d'une grande bénignité. De plus, il est certain que des angines bactériologiquement diphthériques coexistent avec le croup d'emblée cliniquement. L'expli-

cation de ce fait de la production de phénomènes inflammatoires évidents, sans qu'il s'en suive le processus formateur des membranes, paraît difficile à expliquer. Y a-t-il dans ce cas atténuation de la virulence du bacille ? Quoi qu'il en soit, il est bien établi par les anciennes constatations de nos meilleurs cliniciens aussi bien que par nos observations récentes, s'appuyant sur la bactériologie, que la diphthérie du pharynx peut ne pas être membraneuse.

N'en est-il pas de même pour la diphthérie du larynx, c'est à dire pour le croup ?

L'auteur est tenté de l'admettre et s'appuie pour cela sur une série d'autopsies de croup d'emblée avec mort peu de temps après l'entrée à l'hôpital. L'examen bactériologique ayant été positif, on ne constatait aucun exsudat dans la gorge et pas davantage dans le larynx, la trachée et les bronches ; on ne voyait qu'une rougeur livide des replis aryéno-épiglottiques et de l'épiglotte avec un gonflement plus ou moins notable.

Sans être aussi affirmatif que Guersant, Peter, etc., qui ne doutent pas que dans les cas semblables qu'ils ont observés, les fausses membranes aient préexisté, mais qu'elles avaient déjà disparu au moment de l'autopsie, nous pouvons dire que tant que l'examen laryngoscopique pendant la vie n'aura pu être fait chez des enfants atteints de croup d'emblée, démontrant absolument qu'à aucun moment des exsudats n'ont existé sur la muqueuse laryngée, on sera en droit de conserver des doutes. Cette preuve absolue sera toujours extrêmement difficile ; mais pourquoi ne pas admettre pour le larynx ce que l'on voit se produire au pharynx ? D'ailleurs, les autopsies de sujets morts très peu de temps après le tubage ou la trachéotomie, ne peuvent-elles pas être considérées comme démonstratives à ce point de vue, si l'on n'aperçoit aucune trace d'exsudat dans le larynx, comme il ressort des observations reproduites par l'auteur ?

De plus, les dépôts membraneux ne sont pas nécessaires pour produire les symptômes de gêne respiratoire observés dans le croup : témoin les laryngites suffocantes non diphthériques.

En outre, les médecins d'enfants les plus expérimentés assignent au spasme des muscles constricteurs de la glotte un rôle prépondérant dans la genèse des accidents de suffocation.

Enfin, dans la laryngite aiguë non membraneuse, le spasme glottique présente exactement les mêmes caractères que dans le croup membraneux, pouvant nécessiter de même le tubage ou la trachéotomie.

L. EGGER.

**La laryngite diphthérique légère ou croup fruste**, par G. VARIOT  
(*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 5 déc. 1895).

A l'occasion de quelques observations de croup léger, l'auteur, rappelant la notion générale que les symptômes essentiels du croup sont en rapport avec l'obstruction laryngée, se pose la question suivante :

Qu'advient-il de ces enfants qui, avec la toux et la voix rauques ou plus rarement éteintes, n'ont aucun symptômes de suffocation, tout en présentant des signes de laryngite qu'il est impossible de méconnaître et de ne pas imputer à la diphthérie, en ayant égard à l'état du pharynx ? — Il est impossible de le présumer au premier abord, l'affection pouvant évoluer suivant les modes divers connus qu'on observe dans la diphthérie. Cependant on ne peut nier qu'il existe des degrés dans l'évolution symptomatique de la diphthérie laryngée.

Au premier degré correspondent les cas où les phénomènes respiratoires se bornent à la raucité de la toux et de la voix. Si, à côté de cela et de la diphthérie pharyngée, la maladie n'empire pas, nous avons affaire à un *croup fruste*.

D'autres faits dans lesquels, à la toux et à la voix rauques viennent s'adjoindre un tirage et un cornage très légers qui cèdent au bout de quelques heures et qui s'exagèrent lorsqu'on excite les enfants, constituent le deuxième degré, c'est-à-dire la transition entre le croup tout à fait fruste et le croup ordinaire, avec phénomènes de suffocation plus ou moins intenses. Il n'existe aucun rapport entre le degré de gravité des phénomènes respiratoires et le degré d'infection du pharynx. De plus, aucune indication pronostique ne peut être tirée de ces variétés de la diphthérie laryngée.

L'absence d'autopsie (puisque tous les malades, atteints du premier degré ou croup fruste, guérissent) et l'impossibilité de pratiquer l'examen laryngoscopique, nous privent de documents positifs sur les altérations de la muqueuse laryngée qui correspondent au croup sans tirage. Cependant on peut admettre des formes circonscrites, superficielles de diphthérie laryngée semblables à de la diphthérie pharyngée. Les lésions, dans ces cas, seraient trop peu intenses pour exalter l'excitabilité réflexe des nerfs laryngés et pour provoquer le spasme glottique, qui joue un rôle prépondérant dans les phénomènes de suffocation.

Peut-être, dit l'auteur en terminant, observons-nous plus sou-

vent cette atténuation dans la diphthérie laryngée, depuis que nous manions le sérum qui est une substance anti-membraneuse puissante.

L. EGGER

**Croup observé au laryngoscope à la période prémembraneuse.** par G. VARIOT (*Journ. de clin. et de therap. infant.*, 12 déc. 1895).

L'auteur, cherchant à établir l'existence d'un croup diphthérique non membraneux (*Journ. de clin. et de therap. infant.*, 31 oct. anal. dans les Annales se basait sur deux ordres d'arguments :

1<sup>er</sup> Déduction par analogie de la muqueuse pharyngée à la muqueuse laryngée.

2<sup>o</sup> Examens nécroscopiques du larynx.

Une troisième preuve, la plus démonstrative, manquait, c'était l'examen laryngoscopique. Cet examen put être pratiqué chez un petit garçon dont la docilité et la disposition particulière des parties malades favorisaient cette exploration si désirable.

A onze heures du matin, l'enfant présentait le tableau clinique du croup classique, et le tirage était tellement intense que le tubage a dû être pratiqué à midi.

A onze heures : quelques exsudats très circonscrits, presque transparents, dans les dépressions cryptiques des amygdales. Larynx : Muqueuse rouge, tuméfiée, sans aucun exsudat ; cordes vocales un peu rosées, très mobiles, également dépourvues d'exsudat membraneux.

Intubation d'urgence à midi.

Le lendemain : au pharynx, il ne reste qu'une petite traînée blanchâtre, très mince sur l'amygdale droite. Larynx : membranes blanches très distinctes tapissant la face postérieure de l'épiglotte, l'espace interarythénoïdien et la partie postérieure des cordes vocales. Voix et toux complètement éteintes.

Le jour suivant : Plus de tirage ; muqueuse laryngée débarrassée de ses exsudats, couleur rouge vif.

Constatons que l'enfant a eu des phénomènes de suffocation à la période d'inflammation prémembraneuse du croup, que c'est pour ces phénomènes de suffocation qui ont précédé l'apparition des membranes que l'intubation a dû être pratiquée.

On peut conclure de cette observation au rôle qu'il faut attribuer au spasme de la glotte.

L. EGGER.

**Accident mortel du tubage**, par LEVREY et PIATOT (*Journ. de clin. et de thérap. infant.* 31 oct. 1895).

Enfant de 17 mois tubé avec un tube long. Pendant un accès brusque de suffocation, on recherche le tube que l'on retrouve avec le doigt dans la bouche, l'extrémité inférieure encore dans le larynx, mais ses trois quarts supérieurs cachés par le voile du palais sur la face supérieure duquel le tube repose archouté, l'orifice étant fermé par la paroi même du pharynx nasal, d'où auto-obstruction; le tube extrait est obstrué par une fausse membrane. Malgré la trachéotomie, on ne parvient pas à rappeler l'enfant à la vie.

L. EGGER.

**Spasme de la glotte consécutif à la trachéotomie guéri par le tubage**, par LEVREY (*Journ. de clin. et de thérap. infantile*, 14 nov. 1895).

Observation d'une enfant de trois ans  $1/2$  chez laquelle l'intolérance pour le tubé avait nécessité la trachéotomie. A chaque tentative d'extraction de la canule, la petite malade était brusquement prise d'un accès de spasme du larynx qui obligeait à replacer l'instrument. L'enfant ne resta calme, tubée et sans canule que lorsque M. Variot eut conseillé de tuber l'enfant avant de lui enlever sa canule. Depuis ce moment, à part quelques accès de suffocations légers et plus rares nécessitant soit le tubage, soit l'introduction d'une toute petite canule (00), la maladie suit son cours normal.

L. EGGER.

**Note sur un perfectionnement des tubes courts**, par R. BAYEUX (*Journ. de clin. et de thérap. infant.* 14 nov. 1895).

L'auteur fait d'abord valoir l'utilité de l'énucléation comme procédé d'extraction des tubes laryngiens. Cette énucléation ne nécessitant pas l'emploi d'un instrument spécial, se faisant par une manœuvre d'ailleurs simple, peut être pratiquée par les surveillantes du service, voire même par les infirmières.

La méthode de l'énucléation est inséparable de l'emploi des tubes courts. L'énucléation des tubes longs est possible, mais infidèle, aléatoire, délicate et dangereuse; au lieu de basculer dans le pharynx pour être rejetée par la bouche, la tête du tube long vient le plus souvent s'archouter contre le voile du palais, d'où auto-obstruction.

Mais les premiers tubes courts ayant donné quelques succès

d'introduction, l'auteur y fit subir quelques modifications qui en rendent le maniement facile, et dont les plus importantes sont les suivantes :

Le tube a été allongé de deux millimètres, afin d'en adoucir la déclivité des parois.

Le mandrin a été allongé d'une quantité beaucoup plus considérable, limitée en bas par le point d'intersection des plans tangents aux parois latérales du cône inférieur du tube.

Ainsi la fente glottique sera dilatée avec douceur, progressivement, sans force ni ressaut.

Ces tubes perfectionnés donnent des résultats excellents au point de vue de l'introduction et s'énucléent aussi bien que le tube primitif.

L. EGGER.

**Spasme intermittent et spasme continu de la glotte consécutif au tubage dans le croup**, par G. VARIOT (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 21 nov. 1895).

Le spasme de la glotte que l'on rencontre aussi bien dans les laryngites aiguës non diphthériques est ordinairement temporaire, et cède en même temps que les lésions de la muqueuse. Souvent une simple dilatation très courte suffit à faire cesser le spasme. Ordinairement, lorsque l'on enlève le tube au bout de 48 heures, le spasme ne se reproduit plus. Mais il y a des exceptions à cette règle, et l'on peut observer un spasme glottique persistant ou à répétition, pour lequel il faut retuber l'enfant presque immédiatement après la tentative de débubation, ou bien des cas dans lesquels l'enfant reste deux ou trois heures sans tube jusqu'à ce qu'une cause d'agitation vienne provoquer un nouveau spasme qui nécessite de nouveau l'introduction du tube. A l'appui de ce travail, l'auteur publie deux observations dont l'une concerne un garçon de dix-neuf mois qui dut conserver son tube pendant 48 jours.

L. EGGER.

**Le pouls paradoxal dans le croup**, par G. VARIOT (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 28 nov. 1895).

Deux mots sur ce mémoire parce que l'intubation fait disparaître instantanément ce phénomène.

Lorsqu'on parvient à tâter le pouls d'un enfant atteint de croup, en proie à un fort tirage, il est assez habituel de sentir



l'ondée artérielle dans la radiale s'affaïsser notablement au moment de l'inspiration. Cet affaïssement, qui n'est vraisemblablement que l'exagération d'un phénomène physiologique connu, peut aller jusqu'à un véritable arrêt; c'est là le pouls paradoxal proprement dit. Or, dès que par l'intubation l'obstruction laryngée est levée, le pouls redevient parfaitement régulier.

L. EGGER.

**Thyrotomie pour épithélioma**, par PEYRE PORCHER (*New-York med. journal*, 13 juillet).

P. insiste surtout sur la nécessité de laisser quelques jours d'intervalle entre la trachéotomie et la thyrotomie. Après l'opération, des insufflations journalières faites dans le larynx avec un mélange d'iodoforme, de morphine et de lanum ont été très utiles pour diminuer la toux et l'irritation.

A. F. PLICQUE.

**Sur la laryngo-fissure**, par FRANZ KIJUWSKI (*Archiv. für Laryng. u. Rhin.* Bd III, p. 121).

L'auteur commence par résumer l'histoire de la laryngo-fissure, en se plaçant au point de vue Polonais. Il rappelle les cas de C. Gilewski (1865) pour un cas de polype chez une jeune fille de 18 ans; de Szoparowicz (1877) chez un enfant de 8 ans atteint de papillomatose diffuse, chez une femme de 60 ans pour une tumeur bénigne, chez un homme de 26 ans pour des papillomes diffus (1879); d'Obalinski (1879) pour une chordite inférieure; de Häryng et Jawdynski (1890) cicatrice vicieuse consécutive au laryngo-typhus; de Pieniazek relatant 46 cas personnels ou appartenant à Obalinski (1891); de Dembiski, 1893.

K. a pratiqué vingt laryngo-fissures depuis 1887. Il la croit bien supérieure à la simple fenêtre crico-thyroïdienne, qui donne trop peu de jours et à la section horizontale, laryngotomie transverse, pratiquée entre les bandes ventriculaires et les cordes vocales, qui ne permet pas de voir la région sous-glottique (Gersung).

Il chloroformise ses malades et fait la trachéotomie préalable, quelques jours ou immédiatement avant l'opération. Avec la canule de Trendelenburg, il est inutile de placer la tête en situation déclive (Pieniazek). Il ne faut pas craindre les longues incisions, nécessaires avec les larynx étroits.

L'emploi du thermo cautère est à rejeter à cause du gonflement inflammatoire qui en résulte ; il ne faut se servir que du bistouri, des pinces coupantes ou de la cuiller tranchante. On nettoiera soigneusement le champ opératoire ; l'hémorrhagie est peu importante. On tamponne avec la gaze iodoformée qu'on fait sortir à l'angle inférieur de la plaie, on remplace la canule de Trendelenburg par une canule ordinaire et on suture. Dès le second jour on peut enlever la gaze, et la canule deux, trois, quatre jours après, quelquefois plus longtemps. L'orifice de la trachéotomie est habituellement long à se fermer et dans un cas, il persista une fistule trachéo-cutanée.

La dysphagie consécutive à l'opération persiste peu, on y palliera en alimentant les malades par la sonde.

La laryngotomie fut pratiquée une fois pour une fracture, sept fois pour des tumeurs (quatre papillomes, un carcinome, un sarcome, un polype fibreux), deux fois pour rétrécissement syphilitique, deux fois pour tuberculose, neuf fois pour lésions sous-glottiques.

Dans le cas de papillomes, il vaut mieux exciser que curetter ; il est souvent indiqué de réséquer la partie dégénérée des cordes pour éviter les récidives trop rapides. Les tumeurs malignes doivent d'abord être traitées par la laryngo fissure ; elles sont souvent plus étendues que ne l'indique le laryngoscope. Dans le cas de fractures, l'opération resta sans résultat, la partie postérieure du cricoïde manquant ; s'il y a des cicatrices spécifiques étendues, la laryngo-fissure échoue, il en est autrement lorsqu'il s'agit de petites cicatrices. Dans la tuberculose il faut réséquer largement, profondément les parties malades.

C'est dans les processus hypertrophiques sous glottiques que la laryngotomie donne les meilleurs résultats. La voix, loin d'être altérée, devient plus claire, et la respiration devient libre. K. excise toutes les parties malades. Chez un des malades, au bout de dix-huit mois, il n'y avait pas de récidive. Il ne faut pas redouter dans ce cas les sténoses cicatricielles.

PAUL TISSIER.

#### IV. — CORPS THYROÏDE, ŒSOPHAGE, etc.

Anesthésie générale par le bromure d'éthyle, par le Dr ARSLAN YERWANT. — (Venise, 1894).

L'auteur résume d'abord l'étude pharmacologique du bro-

mure d'éthyle et insiste avec raison sur la nécessité d'avoir un produit d'une pureté absolue. Il ne devrait être livré par les fabricants qu'en tubes de verre coloré et scellés à la lampe.

Il étudie ensuite l'action physiologique de cet anesthésique.

1° Le bromure d'éthyle agit surtout sur la respiration, peu sur le cœur. Il n'a d'effet déprimant sur la respiration que s'il est donné à trop fortes doses.

2° Dans le cas d'effet syncopal sur le cœur, il faut en attribuer la cause à l'asphyxie.

3° Le bromure d'éthyle, administré à doses prolongées, provoque la mort par arrêt de la respiration, car, après cet arrêt, le cœur continue à battre pendant plusieurs minutes.

4° En augmentant la dose et en prolongeant l'anesthésie, il y a ralentissement du pouls et diminution de la pression sanguine. Cette dernière est très probablement due au manque d'oxygénation du sang, tandis que le ralentissement du pouls est produit par l'excitation des pneumogastriques. Ce qui le prouve, c'est qu'après la section de ces nerfs, ce ralentissement n'a pas lieu.

5° Il n'y a jamais arrêt brusque de la respiration ; celle-ci disparaît lentement ; quand elle a cessé complètement, on peut la rétablir facilement si la dose de bromure d'éthyle n'a pas été trop forte. On remarque aussi une mydriase légère et une hyperémie des tissus pouvant aller jusqu'à la cyanose par action vaso-dilatatrice. Cette action rend compte de certaines hémorrhagies. Enfin, le bromure d'éthyle produit une excitation de la sécrétion des glandes ; le ptyalisme est constant. Il s'élimine par les poumons et n'a pas d'action irritante sur les muqueuses des voies aériennes supérieures.

L'auteur en conclut que le bromure d'éthyle est un agent anesthésique qui ne doit être employé que pour les opérations de peu de durée.

Après de nombreux essais, il est arrivé à adopter entièrement la méthode d'administration à *doses massives*. L'expérience a montré en effet que cette méthode est bien préférable à la méthode à *doses fractionnées* préconisée par Terrier et Péraire.

En résumé, le bromure d'éthyle est un agent des plus précieux pour produire l'anesthésie générale suffisante pour les opérations de peu de durée. Il faut le donner à doses massives. On devra s'arrêter au moment opportun qui se traduit par l'abolition de la conscience, la résolution musculaire et une légère dilatation de la pupille, avant que le trismus commence à se

manifester. Si le bromure d'éthyle est d'une pureté absolue, son emploi est d'une innocuité parfaite, surtout chez les enfants.

H. DU F.

**Réflexions sur la pathogénie et le diagnostic des érythèmes consécutifs aux injections de sérum antidiphthérique**, par G. VARIOT (*Journ. de clin. et de therap. infant.* 7 novembre 1895).

Intéressant travail que nous ne ferons que mentionner puisqu'il a trait à un côté général de la diphthérie.

L'éruption affecte le plus souvent le type d'urticaire, puis d'exanthème de la scarlatine ou bien d'érythème polymorphe.

Il paraît bien acquis maintenant que ces érythèmes sont dus à l'introduction d'un sérum (de quel animal qu'il soit, immunisé ou non) albuminoïde dans l'organisme.

Les phénomènes réactionnels de la peau paraissent être d'ordre toxique, et représenter l'effort naturel de l'organisme pour se débarrasser de substances qui ne peuvent être utilisées pour la nutrition et incorporées directement.

L'hypothèse, que le sérum reste mêlé aux humeurs en circulation, subit probablement des modifications, des métamorphoses et s'élimine plus tard sous une forme encore indéterminée, est d'autant plus vraisemblable que les érythèmes liés au sérum apparaissent presque toujours tardivement, du cinquième au dixième jour après les injections.

Nous n'insisterons pas sur la morphologie des érythèmes sérothérapiques dans la diphthérie, lesquels peuvent être complètement apyrétiques et ne s'accompagner d'aucune autre altération morbide, ou bien constituer une véritable maladie plus grave parfois que la diphthérie avec fièvre intense, état gastrique, diarrhée fétide, douleurs violentes musculaires et articulaires.

D'après l'expérience de l'auteur, le type d'urticaire est la manifestation d'une forme bénigne, les deux autres types s'accompagnant plutôt d'accidents graves.

Quant au diagnostic, facile pour le type urticaire et même pour l'érythème papuleux, V. insiste sur la difficulté de savoir si en cas d'érythème scarlatiforme il ne s'agit pas de scarlatine greffée sur une diphthérie. Les symptômes particuliers de la scarlatine peuvent se retrouver au complet dans l'érythème scarlatiniforme sérique; l'époque même à laquelle survient l'éruption ne peut pas nous guider, si bien qu'il faut se souvenir de l'objection faite en 1858 à G. Séc que dans ses cas il s'agissait peut-être de scar-

latines plus ou moins modifiées évoluant en même temps que la diphthérie.

Enfin l'auteur conclut que la fréquence et l'intensité des érythèmes ne sont pas en proportion directe de la quantité de substance injectée et enfin que le mécanisme physiologique des érythèmes sériques est encore bien obscur. L. EGGER.

**Fistule branchiale du cou guérie par l'électrolyse**, par le Dr LICHTWITZ (*Archives d'électricité médicale*, n° 28, 15 avril 1895).

M. X... vingt-sept ans, porte une fistule branchiale du cou, dans laquelle on peut faire pénétrer un stylet en baleine à une profondeur de 6 centimètres et demi jusqu'au voisinage de l'amygdale droite. L'examen laryngoscopique n'en montre pas l'orifice interne, les injections colorées poussées dans la fistule ne pénètrent pas dans le pharynx. La suppuration est assez abondante et oblige le malade à porter constamment un pansement.

Le traitement électrolytique est institué pour tâcher d'éviter une intervention sanglante. Dix-sept séances ont été pratiquées avec, entre elles, un intervalle de huit à quinze jours ; L. employait un stylet de maillechort de 1 millimètre de diamètre entouré d'une gaine de caoutchouc jusqu'à 2 centimètres de son extrémité. Après une injection de solution de cocaïne à 1/20, le stylet, relié avec le pôle négatif de la batterie était introduit jusqu'au fond de la fistule ; l'électrode positive indifférente était appliquée sur le côté droit du cou. Le courant est porté à trois milliampères sans trop de douleurs. Dans les séances suivantes, le stylet pénètre de moins en moins loin.

Dix mois après la dernière séance, la guérison s'est maintenue : on ne sent à la place de l'ancien trajet fistuleux qu'un cordon fibreux mobile dans le tissu cellulaire.

En 1885, Léon Lefort a rapporté trois cas semblables, où le traitement électrolytique amena l'oblitération définitive de fistules brachiales. M. LERMOYER.

**Bronchocèle aiguë après l'influenza**, par J. KIFFIN, (*Brit. med. journ.* 1895, p. 1375).

Femme de 42 ans ; huit jours après la fin d'une attaque d'influenza il survient de la fièvre, de la douleur au niveau du corps thyroïde et de la tuméfaction ; quelques heures après le début des accidents il y avait de la dyspnée par compression, de la

dysphagie, des douleurs vives peu soulagées par des révulsifs et des calmants; les accident cessèrent brusquement cinquante-deux heures après leur début et la glande diminua rapidement les jours suivants sans revenir à son volume normal. Une seconde attaque d'influenza fort grave n'eut pas de retentissement du côté de la glande thyroïde.

M. N. W.

**Note sur les muscles élévateurs de la glande thyroïde**, par POIRIER (*Bulletins de la société anatomique de Paris*, 1895, p. 654).

L'année précédente, un élève de Poirier, Juvara, était venu présenter à la société anatomique une note sur l'existence d'un muscle nouveau, qui avait été contestée très vivement par M. Sébileau qui prétendait que le muscle décrit par Juvara n'était autre que l'élévateur de la glande thyroïde de Sæmmering, connu de tous les anatomistes. Poirier répond à la société que l'erreur de Sébileau est complète, que le muscle nouveau présenté par Juvara existe réellement, qu'il part du corps thyroïde et non du pharynx comme celui de Sæmmering; seulement, ajoute-t-il, il n'a pas été décrit pour la première fois par Juvara, mais par Winslow qui l'avait appelé thyro-adénoïdien. Il n'y a donc, dit Poirier, pas seulement un seul élévateur de la glande thyroïde, il y en aurait au moins deux.

A. G.

**Broncho-pneumonie consécutive à la thyroïdectomie chez le lapin**, par ROUSSEAU (*Bulletin de la Société de biologie*, 1895 p. 636).

Sur quarante-cinq autopsies de lapins thyroïdectomisés l'auteur a relevé quarante-deux fois des lésions pulmonaires du même type, c'est-à-dire de la congestion plus ou moins étendue de la trachée, et une congestion plus ou moins vive des poumons et des noyaux en nombre variable de broncho-pneumonie, ce qui explique facilement la dyspnée des animaux après l'opération. R. ne pense pas qu'il faille attribuer ces accidents à une infection traumatique, car les précautions antiseptiques et aseptiques les plus sérieuses sont prises, ni à la trachéite qui peut exister seule sans concomitance de pneumonie, ni à une névrite du nerf vague (opinion de Magon et Arthaud) car les tiraillements de ces nerfs pratiqués dans d'autres recherches n'ont pas amené de pneumonie. R. croit que ces accidents sont plutôt consécutifs à un empoisonnement du nerf vague et de son noyau par la substance toxique qui s'accumule dans l'organisme

après l'ablation des corps thyroïdiens. Capobianco a du reste trouvé des altérations de ces nerfs.

A. G.

**Note sur soixante-cinq opérations de thyroïdectomie chez le lapin,** par ROUSSEAU (*Société de biologie*, 1893, p. 638).

L'auteur se propose de revenir sur quelques uns des symptômes de l'intoxication qui lui ont semblé avoir un certain intérêt. L'ensemble symptomatique composé de signes nerveux, convulsifs et paralytiques, et dyspnéiques a toujours débuté au bout de seize heures, rarement après vingt-quatre heures. Un grand nombre de ces animaux succombèrent au bout d'un temps variable, *un quart environ*.

A. G.

**Sur la résistance des globules rouges du sang chez les lapins thyroïdectomisés,** par GLEY et P. LANGLOIS (*Comptes rendus hebdomadaires des séances de la Soc. de biol.* p. 606, 1893).

Les accidents consécutifs à la thyroïdectomie étant dûs à une intoxication il importait de rechercher les altérations que peut présenter le sang des animaux opérés.

Des expériences de cette nature avaient été faites par Botazzi dans le laboratoire de Fano (de Florence) sur des chiens. Gley et Langlois ont choisi des lapins qui supportent mieux ces opérations. Malgré cela, les résultats expérimentaux de l'auteur italien et des auteurs français ont sensiblement concordé.

Gley et Langlois ont observé chez leurs lapins la diminution de ce que l'on appelle la résistance minime des globules rouges dans un notable degré. Comme les troubles respiratoires avaient été peu marqués chez les animaux en expérience, les auteurs supposent que les troubles toxiques existant dans le sang après la thyroïdectomie eurent une action nuisible sur les hématies. Gley et Langlois font connaître la manière dont ils ont expérimenté, ce sont des recherches chimiques pratiquées avec l'aide de solutions de chlorure de sodium à des degrés variables de concentration.

A. G.

**Goitre exophtalmique,** par J. H. ABRAM de Liverpool (*Lancet*, 16 novembre 1893).

Etude du sujet basée sur cinq observations, comprenant deux autopsies. La conclusion est qu'il s'agit là très probablement



d'une affection thyroïdienne et que les accidents sont dus à un excès de sécrétion thyroïdienne dans le sang.

SAINT-CLAIR THOMSON.

**Thyroidites et strumites infectieuses**, par E. JEANSELME (*Gazette des hôpitaux*, 2 février 1895).

Revue complète des maladies infectieuses du corps thyroïde. L'auteur établit d'abord une différenciation dans les termes de thyroidite et de strumite, le premier s'appliquant aux infections atteignant une glande thyroïde saine jusque-là, le second désignant plus particulièrement les infections portant sur une glande atteinte de goître ; en pratique, ces dénominations se confondent. Au point de vue de leur nature, ces thyroidites sont plutôt des complications survenant au cours de maladies générales. Ce sont les affections du tube digestif et la fièvre typhoïde qui ont le rôle étiologique le plus important, le sexe féminin serait plus exposé à ces déterminations morbides, et l'existence antérieure d'un goître favoriserait l'éclosion de la thyroidite ; remarque intéressante : le bacille d'Eberth a été trouvé à l'état de pureté dans le pus thyroïdien des typhiques. Les affections des voies respiratoires sont assez souvent l'origine de strumites, en particulier le coryza, la bronchite simple, la laryngo-trachéite et surtout la pneumonie et la pleuro-pneumonie. Enfin, l'infection puerpérale, et quelquefois le rhumatisme et le paludisme, sont des causes assez fréquentes.

En raison de la configuration anatomique et de l'isolement de la glande, l'inflammation thyroïdienne relève presque toujours d'une infection hématogène, mécanisme, par conséquent, bien différent de celui qui produit la parotidite, laquelle a pour cause habituelle une infection ascendante d'origine canaliculaire.

Les symptômes n'offrent rien de spécial, la tumeur phlegmo-neuse se termine presque toujours par suppuration, après avoir déterminé quelquefois des signes de compression du côté des organes du cou, d'où l'indication formelle d'inciser promptement dès qu'il y a collection purulente.

G. LAURENS.

**Sarcôme du corps thyroïde et du poumon, tuberculose pulmonaire**, par MARCEL LABBÉ (*Bulletin de la soc. anatom. de Paris*, avril 1895, p. 308).

L'auteur relate avec autopsie à l'appui une coïncidence assez



intéressante de sarcome de la glande thyroïde et du poumon et de tuberculose pulmonaire. La tumeur thyroïde avait pris une extension assez considérable ; malgré le mauvais état général une intervention chirurgicale fut pratiquée par M. Lejars ; tandis que les lésions tuberculeuses existaient à la place habituelle, c'est-à-dire au sommet de l'organe, c'est à la base de l'organe que se trouvaient appendues les tumeurs sarcomateuses.

A. G.

**Rapide développement d'un sarcome de la thyroïde à la suite d'infection par streptocoques pyogènes**, par GIROLAMO GATTI (*Revue de chirurgie*, juillet 1895, p. 618).

L'observation de Gatti est une étude due à la guérison des affections sarcomateuses sous l'influence du streptocoque et de certaines maladies, telles que l'érysipèle, qui seraient caractérisées par l'existence de ce microbe.

Le malade qui fait le sujet de cette observation était un homme assez vigoureux, âgé de 40 ans, atteint d'un goître à développement assez rapide. La tumeur devint le siège d'un foyer de suppuration, que l'on ouvrit ; le pus, de même que le sang du malade, contenait du streptocoque. Un fragment de la tumeur montre qu'elle était constituée par des sarcomes. Le malade succomba au bout de deux mois.

L'auteur montre que, dans son observation, le streptocoque n'influa en rien sur la destruction de la tumeur, l'entama à peine, contrairement à ce que l'on observa dans nombre de cas où l'injection streptococcique de l'érysipèle amena la disparition de la tumeur (Cas de Busch, Nelson, Biedert, Schwimmer et Bruns). Il est vrai que d'autres auteurs, tels que Frihlheiden, n'observèrent pas d'effet de ces infections dans le traitement des sarcomes. Cette question importante mérite des études expérimentales ultérieures.

A. G.

**De la médication thyroïdienne dans le goître vulgaire**, par PIERRE MARIE (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 14 novembre 1895, n° 32, p. 711).

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, chez qui se manifesta à 14 ans une tuméfaction du corps thyroïde. Ce goître a le volume d'une moitié d'orange, de résistance élastique. Il n'y a pas de tachycardie. Le 14 septembre, M. prescrit l'ingestion quotidienne de deux tablettes de corps thyroïde de mouton (marque

Burroughs and Wellcome, de Londres). Cinq jours après, le cou a diminué de volume. Le 26 septembre, cette diminution s'est encore accentuée; le diamètre transverse du goître est tombé de 8 centimètres à 4 centimètres  $1/2$ . Mais alors surviennent de légers phénomènes de thyroidisme, céphalalgie, courbature, tremblement des membres inférieurs, qui obligent à suspendre la médication.

Marie fait remarquer que si chez cette malade l'influence de la médication thyroïdienne sur la répression du goître a été aussi remarquable, c'est que ce dernier réunissait les trois conditions de curabilité indiquées par Bruns, c'est-à-dire : 1° goître de volume modéré; 2° d'origine récente; 3° chez un sujet jeune.

Un autre fait intéressant est l'apparition tardive des accidents de thyroidisme qui ne se sont montrés que sous une forme atténuée, contrairement à ce qu'on observe chez les myxœdémateux soumis à cette médication, ce qui montre que les individus dont la glande thyroïde n'a pas cessé de fonctionner supportent mieux le traitement thyroïdien.

M. L.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

---

### FRANCE

#### Bouche et Pharynx

**H. Lebon** Emploi thérapeutique du corps thyroïde (*Gaz. des hôp.*, 16 et 18 août 1894).

**J. J. A. Dardignac**. Un cas de tuberculôme lingual. Abscess froid tuberculeux de la langue (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 25 août 1894).

**H. Morestin**. Anomalie des artères et veines rénales. Anomalie de la thyroïdienne inférieure chez le même sujet (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 12 juin, juillet 1894).

**Goubeau et J. Hulot**. Traitement de l'angine diphthéritique par les badigeonnages au fond de la gorge avec une solution concentrée de sublimé dans la glycérine (*Arch. gén. de méd.*, septembre 1894).

**G. Durante**. Thyroïdite suppurée à pneumocoques Talamon-Fraenkel (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, fasc. 13, juillet 1894).

**Roux**. Contribution à l'étude de la sérumthérapie dans la diphthérie (*Bull. méd.*, 5 septembre 1894).

**C. Eloy**. L'impetigo et la désinfection bucco-nasale dans la rougeole (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 26 septembre 1894).

**G. Variot.** Le traitement de la diphthérie par l'antitoxine (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 13 septembre 1894).

**Gidon.** Paralyse du voile du palais, puis des muscles de la face, etc. Difficultés du diagnostic (*Année méd. de Caen.*, 15 septembre 1894).

**J. Courmont.** Crises de spasme pharyngé chez les tabétiques (*Rev. de méd.*, 10 septembre 1894).

**Pillière.** Traitement de l'angine diphthéritique et du croup par les pulvérisations de sublimé (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 20 septembre 1894).

**Berthelot.** Foyer diphthéritique créé à Saint-Ouen par un enfant venu de Chagny (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 6 septembre 1894).

**A. Alvanti.** Traitement hydrothérapique de la coqueluche (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 6 septembre 1894).

**P. Sollier.** Un cas de maladie de Basedow rapidement amélioré par la galvanisation (*Rev. intern. d'électrothérapie*, juillet 1894).

**R. Botey.** De la paresthésie pharyngo-laryngienne et nasale chez les neurasthéniques (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 septembre 1894).

**Montaz.** Lymphadénome du pharynx (*Dauphiné méd.*, juillet 1894).

**H. Ripault.** Considérations étiologiques et séméiologiques sur la dysphagie (*Gaz. méd. de Paris*, 29 septembre 1894).

**Chaillou et Martin.** Etude clinique et bactériologique sur la diphthérie (*Ann. de l'Institut Pasteur*, juillet 1894).

**J. Cabanès.** Un prix de 25,000 francs contre la diphthérie. L'histoire du prix Saint-Paul (*Gaz. des hôp.*, 4 octobre 1894).

**E. Quénu.** Tumeur du voile du palais (Soc. de chir. de Paris, séance du 3 octobre 1894).

**Larger.** Nouveau procédé de chéiloplastie (Soc. de chir. de Paris, séance du 3 octobre 1894).

**Catrin.** Diagnostic de l'angine diphthéritique, traitement par le permanganate de potasse (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 2 août 1894).

**F. Widal et F. Bezançon.** Les streptocoques de la bouche normale et pathologique (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 2 août 1894).

**V. Hutinel.** La diphthérie aux Enfants-Assistés de Paris. Sa suppression. Etude de prophylaxie (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, octobre 1894).

**Varnali.** Cas de scarlatine diphthéritique apyrétique forme Bartels (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, octobre 1894).

**Roux** (de Lausanne). Une nouvelle série d'opérations de goîtres (Congrès français de chir. Lyon, 9 octobre 1894).

**A. Le Dentu.** Leucoplasis et épithélioma (Congrès français de chir. Lyon, 9 octobre 1894).

**Wagnier.** Brûlure du pharynx, du larynx et de l'œsophage par ingestion d'acide sulfurique (*Rev. de lar. otol. et rhin.*, 15 octobre 1894).

**Haushatler et G. Etienne.** Parotidite à staphylocoques dans un cas de typhus exanthématique (*Rev. méd. de l'Est*, 15 octobre 1894).

**Peyrou et J. Noir.** Le dermatographe électrique dans le goître exophtalmique (*Rev. int. d'électrother.*, septembre 1894).

**L. Martin.** Diagnostic bactériologique de la diphthérie et traitement de cette maladie par le sérum antitoxique (*Bull. méd.*, 17 octobre 1894).

**J. Straus.** Rapport sur la sérumthérapie dans la diphthérie (Acad. de méd. de Paris, séance du 16 octobre 1894).

**P. Berger.** Des procédés de chéiloplastie applicables à la réparation des pertes de substance étendues des lèvres (Congrès français de chir., Lyon, octobre 1894).

**A. Chervin.** Orthophonie méthodique consécutive aux staphylophies (Congrès français de chir. Lyon, octobre 1894).

**Hassler.** Coup de feu grave de la face. Restauration des maxillaires, des lèvres et du nez (Congrès français de chir. Lyon, octobre 1894).

**A. Bécclère.** Un nouveau cas de myxœdème guéri par l'alimentation thyroïdienne. Le thyroïdisme dans ses rapports avec la maladie de Basedow et avec l'hystérie (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 18 octobre 1894).

**J. Reverdin.** Incision des abcès froids rétro-pharyngiens par la région antéro-latérale du cou (Congrès français de chir. Lyon, octobre 1894).

**D. Levassort.** Diphthérie et pétrole (*Normandie méd.*, 1<sup>er</sup> octobre 1894).

**P. Poirier.** Résection du maxillaire inférieur pour cancer, suivie de prothèse immédiate d'après le procédé de Martin (de Lyon) (Soc. de chir. de Paris, séance du 17 octobre 1894).

**D. Goldschmidt.** De l'usage interne de perchlorure de fer liquide dilué, comme traitement de la diphthérie (*Revue de méd.*, 10 octobre 1894).

**R. Frœlich.** Note sur le traitement de la diphthérie par les injections de sérum antitoxique (*Rev. méd. de l'Est*, 15 octobre 1894).

**J. Voisin.** Goitre exophtalmique très rapidement amélioré par la médication thyroïdienne. Guérison des symptômes concomitants du goitre et de l'exophtalmie (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 25 octobre 1894).

**G. Variot.** I. Nouveaux résultats favorables du traitement de la diphthérie par l'antitoxine. — II. Verrue de la muqueuse buccale coïncidant avec des verrues multiples des mains (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 25 octobre 1894).

**Ed. Schwartz.** Abcès tuberculeux du corps thyroïde (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 27 octobre 1894).

**Félizet.** Staphylopphie facile (Soc. de chir. de Paris, séance du 24 octobre 1894).

**Marquet.** Quelques observations de goitres traités par les injections interstitielles d'iodoforme et d'éther (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 25 août 1894).

**P. Parisot.** A propos de la sérumthérapie contre la diphthérie (*Rev. méd. de l'Est*, 1<sup>er</sup> novembre 1894).

**Sapelier.** Pratique de la sérumthérapie antidiphthéritique (*Bull. gén. de thérap.*, 30 octobre 1894).

**J. Comby.** Myxœdème chez une fillette de 2 ans 1/2; traitement par le régime thyroïdien; amélioration (*Méd. infantile*, 15 octobre 1894).

**H. Méry.** Sérum antidiphthéritique. Son emploi dans le traitement de la diphthérie (*Gas. méd. de Paris*, 3 novembre 1894).

**F. Villar.** Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. Nouveau procédé opératoire de gastrostomie (Soc. de chir. de Paris, séance du 31 octobre 1894).

**Ch. Henry.** Le temps de réaction des impressions gustatives mesuré par un compteur à secondes (Comptes-rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol., 2 novembre 1894).

**A. Sevestre.** La prophylaxie de la diphtérie à l'hospice des enfants assistés (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, novembre 1894).

**J. Garel.** Sur une forme de pharyngite permettant de reconnaître le diabète de l'albuminurie (Congrès de méd. interne, Lyon, octobre 1894).

**Boisson.** Traitement de la paralysie diphtéritique des muscles de la déglutition (Congrès de méd. interne, Lyon, octobre 1894).

**E. Weill.** La coqueluche n'est contagieuse qu'à sa première période (Congrès de méd. interne, Lyon, octobre 1894).

**Semmola, d'Amore, Pulcone et Gioffredi.** Lésions intestinales consécutives à la thyroïdectomie chez le chien (Congrès de méd. interne, Lyon, octobre 1894).

**V. Garzia.** Glossite folliculeuse aiguë infectante. Considérations cliniques et recherches bactériologiques (*Rev. int. de rhin. otol. et lar.*, 10 septembre 1894).

**Baudet.** La résorption progressive des arcades alvéolaires et de la voûte palatine ou mal perforant buccal (*Union méd.*, 8 novembre 1894).

**Funk-Brentano.** Vice de conformation de l'œsophage (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, fasc. 17, juillet-octobre 1894).

**De Crésantignes.** Traitement local et traitement sérum thérapeutique dans la diphtérie (*France méd.*, 9 novembre 1894).

**Hallion.** Tumeur vermineuse de l'œsophage (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, fasc. 18, octobre 1894).

**Ramond.** Rétrécissement cancéreux de l'œsophage (*Bull. de la soc. anat. de Paris*, fasc. 18, octobre 1894).

**Pêtre.** Contribution à l'étude de la stomatite aphteuse (*Thèse de Paris*, fasc. 18, octobre 1894).

**H. Cristiani.** Etude histologique de la greffe thyroïdienne (Comptes-rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol., 16 novembre 1894).

**H. Mendel.** Glossite syphilitique à leucoplasie lenticulaire (Soc. franç. de dermat. et syphil., séance du 15 novembre 1894).

**Delthil.** Antagonisme de l'antisepsie et de la sérumthérapie (*Journal de méd. de Paris*, 18 novembre 1894).

**L. Landouzy.** La sérothérapie; ses origines; caractères et fabrication du sérum anti-diphtéritique (*Gaz. des hôp.*, 19 novembre 1894).

**A. Lesage.** Traitement de la diphtérie par la sérumthérapie (*Rev. de therap. méd. chir.*, 15 novembre 1894).

**H. Morestin.** Anomalie de l'artère linguale (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 19, octobre 1894).

**G. Ballet et E. Enriquez.** Goitre expérimental par injections sous cutanées d'extrait thyroïdien (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 22 novembre 1894).

**C. Eloy.** Sérothérapie et antisepsie dans la diphtérie (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 24 novembre 1894).

**Tripet.** Angine diphtéritique traitée par la sérothérapie (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 24 novembre 1894).

**J. Simon.** Diagnostic et traitement de la diphtérie (*Bull. méd.*, 28 novembre 1894).

**L. Landouzy.** Les caractères du sérum antidiphthérique ; la technique des injections ; leur valeur curative et préventive (*Gaz. des hôp.*, 29 novembre 1894).

**P. Raugé.** La valeur et les origines de la sérumthérapie diphthérique (*Bull. méd.*, 2 décembre 1894).

**E. Hirtz.** Paralyse labio-glosso-laryngée ; début par l'atrophie du membre supérieur gauche (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 6 décembre 1894).

**H. Marciguey.** Angines diphthériques et sérumthérapie (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 6 décembre 1894).

**Tuffier.** Perfectionnements à apporter dans le manuel opératoire de la résection du maxillaire supérieur (Conservation des plans fibro-muqueux, autoplastie immédiate (*Gaz. méd. de Paris*, 8 décembre 1894).

**Alexandre.** Deux cas de diphthérie traités par la sérothérapie (*Journ. de méd. de Paris.*, 9 décembre 1894).

**Sabatier.** Happeur lingual (*Lyon méd.*, 9 décembre 1894).

**J. Simon.** Du traitement de la diphthérie (*Bull. méd.*, 12 décembre 1894).

**F. Faure.** De la mort subite dans les dilatations congénitales de l'œsophage (*Thèse de Paris*, décembre 1894).

**Moizard et Perregaux.** 231 cas de diphthérie traités par le sérum antidiphthérique (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 13 décembre 1894).

**Aubeau.** Des applications de la micrographie et de la bactériologie à la précision du diagnostic chirurgical (Soc. d'éditions scient., Paris, 1894).

**Lannelongue et Achard.** Ostéomyélite du maxillaire inférieur chez le kangaroo (Acad. des sciences, séance du 3 décembre, Paris, 1894).

**P. Segond.** Gastrostomie pour cancer de l'œsophage (Soc. de chir. séance du 12 décembre 1894).

**Tenneson.** Des stomatites. La perlèche. L'impétigo (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 15 décembre 1894).

**Gabrichewoki.** Du rôle des leucocytes dans l'infection diphthérique (*Annales de l'Institut Pasteur*, octobre 1894).

**Rocaz.** Infection générale par le streptocoque consécutive à une angine catarrhale chez un enfant d'un an (*Archives clin. de Bordeaux*, octobre 1894).

**H. Mendel.** I. Tuberculose linguale et glossite dentaire. — II. Gangrène de la langue d'origine très probablement syphilitique (Soc. franç. de dermat. et syphil., 13 décembre 1894).

**Bilhaut.** Note sur un cas de macroglossie (*Journ. de méd. de Paris*, 16 décembre 1894).

**Adenot.** Thyroïdectomies. Ablation de goîtres (*Bull. méd. du Dispensaire gén. de Lyon*, 15 décembre 1894).

**Rabot.** Préface à la sérothérapie. La diphthérie à Lyon. L'œuvre de Behring. La sérothérapie à Paris. La sérothérapie à Lyon (*Lyon méd.*, 16 décembre 1894).

**Brumauld des Houlières.** Contribution à l'étude de l'amygdalite aiguë. Analogie des orchites amygdaliennes et des orchites ourliennes dans quelques cas particuliers (*Thèse de Paris*, décembre 1894).

**Sauvage.** Essai sur les abcès froids de la langue (*Thèse de Paris*, décembre 1894).

**Bourges.** Sur les paralysies du voile du palais consécutives à des angines non diphthéritiques. Rapport de Proust (Acad. de méd., séance du 18 décembre 1894).

**P. Le Gendre.** Diphthérie et sérumthérapie (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 20 décembre 1894).

**G. Ballet et E. Enriquez.** Nouveau cas de goitre expérimental par injection sous-cutanée d'extrait thyroïdien (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 20 décembre 1894).

**Descroizilles.** Sérumthérapie et diphthérie (Soc. méd. chir.; in *Rev. gén. de clin. et thérap.*, 22 décembre 1894).

**A. Fournier.** Le chancre syphilitique de la langue. Son diagnostic avec l'ulcère tuberculeux (*Gaz. méd. de Paris*, 22 décembre 1894).

**Monnier.** Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage (Soc. de chir. de Paris, séance du 19 décembre 1884).

**Froelich.** Œsophagotomie pour corps étranger de l'œsophage (Soc. de méd. de Nancy, 14 novembre; in *Rev. méd. de l'Est*, 15 décembre 1894).

**Garcin.** Actinomycose du maxillaire supérieur gauche simulant une lésion syphilitique (Soc. des sc. méd. de Lyon; in *Lyon méd.*, 23 décembre 1894).

**L. Quermonné.** Note sur deux cas de diphthérie (*Année méd. de Caen*, 15 décembre 1894).

**L. Capitan.** Trois cas d'angine diphthéritique traités par le sérum de Roux (*Médecine moderne*, 26 décembre 1894).

**Mignon.** Contribution à l'étude de l'étiologie du syndrome de Basedow (*Thèse de Paris*, janvier 1895).

**E. Gley.** Sur l'action toxique de l'extrait thyroïdien (Comptes-rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol., 23 décembre 1894).

**E. Jeanselme.** Sur la coexistence du goitre exophtalmique et de la sclérodémie (*Mercure méd.*, 2 janvier 1895).

**Debove.** Des aphasies (*Médecine moderne*, 2 janvier 1895).

**Darbouet.** Du traitement des angines non diphthéritiques au moyen de badigeonnages de galacal glycérolé (*Semaine méd.*, n° 70, 1894).

**Ed. Schwartz.** Abscess tuberculeux du corps thyroïde (*Arch. int. de lar. rhin. et otol.*, novembre-décembre 1894).

**M. Baudet.** La résorption progressive des arcades alvéolaires ou mal perforant buccal (*Arch. gén. de méd.*, janvier 1895).

**Desseaux.** Petite épidémie de diphthérie à Saint-Waarl du Val (Normandie méd., 1<sup>er</sup> janvier 1895).

**L. Jacques.** Contribution à l'étude du goitre dans les Hautes-Alpes (*Thèse de Lyon*, novembre 1894).

**M. Lebreton.** Myxœdème infantile. Traitement thyroïdien (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 3 janvier 1895).

**Revillard.** Les rapports entre la tuberculose et la diphthérie (*Revue de la tuberculose*, octobre 1894).

**Petit.** Sur quelques modes peu connus de contagion de la tuberculose par voie buccale (*Revue de la tuberculose*, octobre 1894).

**Tennessee.** Stomatites aiguës diffuses (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 12 janvier 1895).

**Watelet.** Traitement de la diphthérie (*Gaz. hebdomadaire de méd. et chir.*, 12 janvier 1895).



**Du Castel.** Glossite gommeuse due à la syphilis héréditaire (Soc. franç. de dermat. et syphil., séance du 10 janvier 1895).

**Du Bouchet.** Exothyropexie dans un cas de goître comprimant la trachée. Mort par pneumonie infectieuse (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 24, novembre 1894).

**Lowitz.** De la médication thyroïdienne au point de vue historique, physiologique et thérapeutique (*Thèse de Bordeaux*, décembre 1894).

**Gautier.** Du lichen plan buccal. Du lichen plan isolé de la bouche (*Thèse de Bordeaux*, décembre 1894).

**A. Péron.** Traitement de la diphthérie par la sérothérapie (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 11 janvier 1895).

**P. Stéfani.** Contribution à l'étude du traitement chirurgical du goître exophtalmique (*Thèse de Lyon*, décembre 1894).

**J. Ravé.** Traitement chirurgical des accidents myxœdémateux et crétinoides par le thyro-éréthisme (*Thèse de Lyon*, décembre 1894).

**L. Couetoux.** De la bave infantile et du ronflement (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, janvier 1895).

**Committon.** Angine pseudo-membraneuse traitée par le sérum antitoxique de Roux. Albuminurie. Urémie. Arthropathie (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, janvier 1895).

**A. Broca.** Diphthérie traitée par la sérumthérapie. Arthrite suppurée du coude. Arthrotomie. Guérison (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, janvier 1895).

— La sérumthérapie à Reims (*Union méd. du Nord-Est*, 15 janvier 1895).

**M. Lebreton et Vaquez.** Un cas de myxœdème infantile. Traitement thyroïdien. Modifications du sang (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 17 janvier 1895).

**G. Dubiau.** Sérothérapie de Behring (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 19 janvier 1895).

**Perregaux.** Etude sur 249 cas de diphthérie traités par le sérum anti diphthéritique (*Thèse de Paris*, janvier 1895).

**H. Cristiani.** Effets de la thyroïdectomie chez les serpents (Comptes-rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol., 18 janvier 1895).

**M. Gangolphe.** Œsophagotomie externe pour corps étranger de l'œsophage (portion thoracique); résultats éloignés (*Lyon méd.*, 20 janvier 1895).

**Arnimont.** Mode d'emploi des injections de sérum dans la diphthérie (Soc. méd. de Nantes; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 janvier 1895).

**E. Régis.** Un cas type de myxœdème congénital au début du traitement thyroïdien (*Mémoires de méd.*, 23 janvier 1895).

**A. Poncet.** L'actinomycose à Lyon (Acad. de méd. de Paris, séance du 22 janvier 1895).

**E. Schwartz.** Des kystes du corps thyroïde (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 26 janvier 1895).

**F. Bonnaud.** Diphthérie et sérum de Behring (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 26 janvier 1895).

**Ch. Leroux.** Sérothérapie dans un cas d'angine diphthéritique (*Mémoires de médecine infantile*, 18 décembre 1894).

**F. Brun.** La maladie de Riga. Ulcération papillomateuse du frein de la langue (*Presse méd.*, 26 janvier 1895).



**G. Laurens.** Hernie intra-buccale des glandes sous-maxillaires (*Presse méd.*, 26 janvier 1895).

**R. Meslay.** La sérumthérapie dans la diphthérie (*Rev. int. de Méd. et chir. prat.*, 25 janvier 1895).

**Chibret.** Le salicylate de soude dans le goitre exophtalmique (*Rev. gén. d'ophtalm.*, 31 janvier 1895).

**Ricochon.** La sérumthérapie antidiphthéritique à la campagne (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 19 janvier 1895).

**L. Litchwitz.** De l'ablation des amygdales hypertrophiées avec l'anse électrothermique (*Méd. moderne*, 30 janvier et 2 février 1895).

**A. Fournier.** Du chancre amygdalien (*Bull. méd.*, 30 janvier et 3 février 1895).

**Dutournier.** Cancer de l'œsophage, dégénérescence secondaire du foie. Tumeur de l'oreillette droite (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 26, décembre 1894).

**P. Sébilleau.** Un mot d'histoire sur le muscle élévateur de la glande thyroïde de Samuel Thomas Scmmerring (1794) ou muscle thyro-glandulaire de Juvara (octobre 1894) (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 26, décembre 1894).

**R. Meslay.** Absès de l'espace maxillo-pharyngien. Ulcération de l'artère carotide interne. Ouverture de la poche purulente dans le pharynx et dans le conduit auditif externe sans lésion de la membrane du tympan (*Bull. de la soc. anatom. de Paris*, fasc. 26, décembre 1894).

**J. Garel.** Cas de sténose cicatricielle du pharynx d'origine syphilitique (*Province méd.*, 22 décembre 1894).

**Ladreit de Lacharrière.** Diphthérie : difficultés des examens bactériologiques (*Soc. de méd. de Paris*, 26 janvier; in *France méd.*, 1<sup>er</sup> février 1895).

**E. Jeanselme.** Thyroïdites et strumites infectieuses (*Gaz. des hôp.*, 2 février 1895).

**R. Boureau.** Diagnostic bactériologique des angines (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 2 février 1895).

**R. Petit.** Streptocoque et menstruation (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 2 février 1895).

**Boureau.** Persistance et dangers du bacille diphthéritique (*Gaz. hebd. de méd. et chir.*, 2 février 1895).

**J. Dreyfus.** La sérumthérapie à Lyon (*Lyon méd.*, 3 février 1895).

**Panas.** Dacryadénite double d'origine amygdalienne (*Semaine méd.*, p. 37, 1895).

**H. Simon.** Epidémie de diphthérie dans un village traitée par le sérum antitoxique (*Méd. moderne*, 6 février 1895).

**M. Lebreton et Magdelaine.** Trois mois de sérothérapie et d'intubations à l'hôpital des Enfants Malades (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 7 février 1895).

**Gaïde.** Le traitement thyroïdien dans le goitre, le myxœdème et le crétinisme et en particulier dans le crétinisme endémique (*Thèse de Bordeaux*, janvier 1895).

**Roux.** Contribution à l'étude des calculs amygdaliens (*Thèse de Bordeaux*, janvier 1895).

**Canaby.** De l'ablation des amygdales hypertrophiées avec l'anse électrothermique (*Thèse de Bordeaux*, janvier 1895).

**J. Courmont et M. Doyon.** I. Marche de la température dans l'intoxication diphthéritique expérimentale. — II. Des lésions intestinales dans l'intoxication diphthéritique expérimentale (Comptes-rendus hebdomadaires des séances de la soc. de biol., 8 février 1895).

**Bertin.** Sérothérapie. Réponse à M. le Prof. Liebreich de Berlin, sur le traitement de la diphthérie par le sérum du cheval non immunisé (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 février 1895).

**Jonon.** Observation d'un malade atteint d'angine cliniquement croupale et traitée par du sérum de cheval (Soc. méd. chir. des hôp. de Nantes; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 février 1895).

**Boiffin.** Présentation d'un malade ayant subi la palatoplastie (Soc. méd. chir. des hôp. de Nantes; in *Gaz. méd. de Nantes*, 12 février 1895).

**A. Sevestre et Méry.** Sur la persistance du bacille chez les enfants guéris de la diphthérie (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 14 février 1895).

**Tenneson.** Stomatite aphteuse ou herpès buccal (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 16 février 1895).

**Tuffier.** Goltre exophtalmique et thyroïdectomie (Soc. de chir. de Paris, séance du 13 février 1895).

**R. Marie.** Angines diphthériques bénignes (*Presse méd.*, 16 février 1895).

**E. J. Moure.** Langue noire (Soc. d'anat. et physiol. de Bordeaux, 21 janvier 1895).

**E. J. Moure.** Considérations sur la pharyngite granuleuse (*Bull. méd.*, 20 février 1895).

**A. Netter.** Note sur une petite épidémie de diphthérie à l'hôpital d'Aubervilliers. Diphthérie communiquée par des enfants dont la gorge ne présente pas de fausses membranes (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 21 février 1895).

**Méry.** Persistance des bacilles dans la gorge après la diphthérie (*Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris*, 21 février 1895).

**Robert.** Etude bactériologique de la diphthérie (*Arch. de méd. navale et coloniale*, janvier 1895).

**Chabry.** Un cas de diphthérie chez l'adulte traité par la sérumthérapie (*Journ. de clin. et thérap. infant.*, 21 février 1895).

---

## NOUVELLES

---

Le Dr **St-CLAIR THOMSON** a été nommé chirurgien assistant au Royal Ear Hospital.

Le Dr **FRIEDRICH** a été nommé privat-docent pour les maladies de la gorge et du nez à Leipzig.

Le Dr **FARACI** a été nommé docent d'oto-rhino-laryngologie à l'Université de Rome.

Dans sa séance du 14 avril, sur le rapport du Prof. **DIEULAFOY**, l'Académie de Médecine a partagé le Prix Saint-Paul entre les Dr **BEHRING** et **ROUX**.

---

XII<sup>e</sup> CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE*Moscou 19-26 août 1897.*

A la suite de nombreuses réclamations, le comité d'organisation du XII<sup>e</sup> Congrès international de Moscou a pris les décisions suivantes.

L'*Otologie* formera la section XII a et la *Laryngologie et Rhinologie* la section XII b.

Le français sera la langue officielle, mais les communications et discussions pourront avoir lieu en français, allemand, anglais et russe.

Chaque orateur aura droit à 20 minutes pour sa communication et 5 minutes pour la discussion. Le résumé des communications devra être remis le jour même aux secrétaires des sections.

L'organisateur de la section laryngo-rhinologique est le D<sup>r</sup> E. SPANOW, privat-docent (Spiridonowka, maison Markonet, Moscou), le secrétaire : BELATEFF (Spiridonowka, Moscou).

## ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

Secrétariat général, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

*Réunion extraordinaire du 1<sup>er</sup> avril 1896.*

M. le Prof. KLEIN, président du Comité exécutif du XII<sup>e</sup> Congrès international de Médecine de Moscou, a écrit à M. le Prof. CORNIL, président de l'Association de la Presse médicale française, une lettre demandant à M. Cornil d'organiser un Comité national français, chargé de faire connaître à tous les médecins de France les décisions du Comité central.

A ce Comité français serait dévolue la fonction d'organiser la publicité nécessaire dans notre pays, de centraliser les cotisations, de s'entendre avec les Compagnies de chemins de fer pour le transport des Congressistes, etc.

Les membres de l'Association de la Presse médicale, ayant répondu à la convocation de ce jour, saisissent avec empressement cette occasion de témoigner leur sympathie au Corps médical Russe et constitueront un Comité national, suivant le désir du Comité exécutif du Congrès de Moscou.

Ce Comité sera organisé dans la prochaine réunion ordinaire de l'Association de la Presse, qui aura lieu le 1<sup>er</sup> mai prochain.

*Le Secrétaire général,*

MARCEL BAUDOUIN.

Les communications suivantes sont annoncées à la réunion tenue à Kansas City les 9 et 10 avril dans le but d'organiser une société d'ophthalmologie, otologie, laryngologie et rhinologie de l'Ouest.

Deux cas d'ouverture du sinus latéral pour faire cesser un thrombus infectieux, guérison d'un cas, par C. BARCK (St-Louis). Quand doit-on employer le caustère, par W. C. PIPINO (Des Moines, Iowa). Observations d'empyème du sinus frontal par C. P. AMBLER (Canton, Ohio). Emploi du peroxyde d'hydrogène dans les affections de la gorge, du nez et de l'oreille, par W. SCHEPPEGEDLL (Nouvelle-Orléans). Un cas d'asthme dû à de l'obstruction nasale et à des végétations adénoïdes de la voûte pharyngée, par W. W. BULETTE (Pueblo, Col.). Tintement d'oreille, par J. W. MAY (Kansas City). La tuberculose laryngée à de hautes altitudes par B. P. ANDERSON (Colorado Springs, Col.). Pourquoi la surdité affliget-elle seulement une partie et non tous les malades affectés de maladies des voies respiratoires supérieures, par W. F. STRANGWAYS (Flint, Mich.). Affection cérébrale purulente consécutive à une otite moyenne,

par B. C. FAYER (Kansas City). Examen clinique des sourds-muets, par S. T. WALKER (Jacksonville, Ill). Végétations adénoïdes naso-pharyngées, par C. E. CLARK (Kansas City). Affections oculaires en rapport avec les maladies des yeux, par G. E. BELLOW (Kansas City).

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS

L'EAU DE GUBEER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

LODION ET COMPRIMÉS BLANCARD. (Exalgine). Contre la douleur et principalement la dysphagie tuberculeuse.

(Voir la brochure du D<sup>r</sup> Désiré).

#### OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Bulletin de la Société Belge d'otologie et de laryngologie (Ch. Bulens, éditeur, Bruxelles, 1896).

Sur la soudure totale du voile du palais à la paroi pharyngée postérieure, par E. KOLEBRUMER (Dissert. inaug. Strasbourg, 1896).

De la laryngite sèche, par J. MOLINIÉ (Tirage à part de la *Rev. de lar. otol. et rhin.*, n° 13, 1895).

De la dysphagie dans la tuberculose laryngée. De son traitement, par J. MOLINIÉ (Extrait du *Marseille méd.*, novembre 1895).

Annales de la Société Hongroise d'otologie et de laryngologie, publiées par L. POLYAK (Fasc. 1, 1894 et 1895, E. Boruth, Budapest, 1896).

Tuberculose larvée des trois amygdales, par G. DIEULAFOY (Extrait du *Bull. de l'acad. de méd.*, séance du 30 avril 1895).

De l'angine diphthérique à forme herpétique, par G. DIEULAFOY (Extrait du *Bull. de l'acad. de méd.*, séances des 11 juin, 2 et 30 juillet 1895).

Revue statistique de la clinique libre des maladies du larynx, des oreilles et du nez du D<sup>r</sup> LICHTWITZ, par P. Lapalle (Broch. de 40 pages, Impr. Cadoret, Bordeaux, 1896).

Rhinoclérome, par W. FREUDENTHAL (Extrait du *N. Y. med. journ.*, 1<sup>er</sup> février 1896).

Traitement des nodules vocaux, par R. BOEY (Extrait des *Arch. latinos de rin. lar. y otol.*, mars-avril 1896).

Sur la production sous-linguale dans l'enfance, par L. CONCETTI (Broch. de 7 pages, Tipog. C. A. Tocco, Naples, 1895).

Comptes rendus de la Société de laryngologie de Berlin (Vol. V, 1894, Schumacher, imprimeur, Berlin, 1896).

Rhinoplastie par la méthode italienne, par P. BERGER (Extrait de la *Presse méd.*, mars 1896).

Le Gérant : G. MASSON.

